

DES KYSTES HYDATIQUES

N° 2

DE LA FACE CONVEXE DU FOIE
ET DE LEUR OUVERTURE DANS LE POUMON
ET DANS LA PLÈVRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 13 Janvier 1883

Par **Philippe FABRE**

d'OPOUL (Pyrénées-Orientales)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
RUES DURAND ET LEVAT

1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✱ ✱..... DOYEN
 CASTAN..... } ASSESSEURS
 COMBAL..... }

PROFESSEURS

<i>Opérations et appareils</i>	BOUISSON, O. ✱ ✱, D. HONORAIRE
<i>Pathologie externe</i>	BOYER ✱.
<i>Accouchements</i>	DUMAS ✱.
<i>Clinique médicale</i>	DUPRÉ ✱ C. ✱.
<i>Anatomie</i>	BENOIT ✱ ✱.
<i>Clinique chirurgicale</i>	COURTY ✱.
<i>Clinique médicale</i>	COMBAL ✱ ✱.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i>	CAVALIER ✱.
<i>Physique médicale</i>	MOITESSIER ✱.
<i>Anatomie pathologique et histologie</i>	ESTOR.
<i>Médecine légale et toxicologie</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale</i>	DUBRUEIL ✱.
<i>Chimie médicale et Pharmacie</i>	ENGEL.
<i>Hygiène</i>	BERTIN-SANS.
<i>Pathologie médicale</i>	CASTAN.
<i>Thérapeutique et Matière médic.</i>	GRASSET.
<i>Botanique et Histoire naturelle médic.</i>	PLANCHON ✱, ✱.
<i>Physiologie, chargé du cours</i>	LANNEGRACE.

MARTIN (O. ✱), FONSSAGRIVES (O. ✱), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS

<i>Clinique des maladies des enfants</i>	MM. BATTLE, agrégé.
<i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	CHALOT.
PÉCHOLIER.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSÉ.
SERRE.	REGIMBEAU ✱.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.
MAIRET.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, Président ;

DUBRUEIL,	} Assesseurs.
CARRIEU,	
SERRE,	

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

PIERRE FABRE

A MA GRAND'MÈRE ROSE ESTIRAC

P. FABRE.

P. FABRE.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET A LEUR FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRASSET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOSSÉ

P. FABRE.

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MES AMIS

LES DOCTEURS CHÈNE, MIRAPEIX
POUGET, RUFFIANDIS

P. FABRE.

INTRODUCTION

Le sujet de notre Thèse nous a été inspiré dans le service de M. le professeur agrégé Carrieu, en examinant le malade couché au numéro 8 de la salle St-Lazare. Frappé de la rareté du cas et de la difficulté du diagnostic, nous avons cru qu'il serait peut-être utile, pour nous, de rechercher, dans les différents auteurs, ce qui a été dit jusqu'à aujourd'hui sur la question, et de ramasser ainsi les éléments de notre Thèse inaugurale. Notre seul regret, c'est de n'avoir qu'une seule observation personnelle à rapporter. Cependant, le fait dont il s'agit s'observe si rarement qu'il faudrait peut-être s'estimer heureux d'avoir eu à l'observer une fois.

Pour suppléer à ce défaut, et pour rendre plus clair notre sujet, nous avons cru bien faire de choisir, parmi les observations éparses, celles qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt, et de les rapporter à la suite de la nôtre.

Notre intention avait été d'abord de traiter seulement la rupture des kystes hydatiques dans le poumon et la plèvre. Mais voyant que ce n'était là qu'une phase d'une maladie plus complexe :

l'affection hydatique de la face convexe du foie, nous avons préféré décrire la maladie dans son ensemble et donner pour titre à notre travail : *Des Kystes hydatiques de la face convexe du foie, et de leur ouverture dans le poumon et dans la plèvre.*

Comme pour toutes les maladies, nous passerons successivement en revue : l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, la marche, la terminaison, la durée, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Ce sera aussi la division du sujet.

Pour nous aider dans ce travail, nous avons eu les bons conseils de M. le professeur agrégé Mossé ; nous lui exprimons ici notre reconnaissance. Nos remerciements aussi à M. le professeur agrégé Carrieu, pour la bienveillance avec laquelle il nous a autorisé à prendre l'observation dans son service et à profiter de son excellent travail paru récemment dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier*.

10

DES KYSTES HYDATIQUES

DE LA FACE CONVEXE DU FOIE

ET LEUR OUVERTURE DANS LE POUMON

ET DANS LA PLÈVRE

CHAPITRE PREMIER

Observation Première

(PERSONNELLE)

(Kyste hydatique du foie ouvert dans le poumon (prise au service de M. Carrieu).

Le nommé E..., cultivateur, âgé de trente-trois ans, entre à l'hôpital dans la clinique médicale le cinq octobre 1882. Il est couché au n° 8 de la salle St-Lazare. Il est pourvu d'un certificat du médecin portant le diagnostic tuberculose pulmonaire.

Il se plaint de troubles du côté de l'appareil respiratoire. Interrogé sur ses antécédents héréditaires, il dit n'avoir jamais eu de poitrinaires dans sa famille ; il n'a pas, non plus, manifesté d'accidents de

scrofule dans son jeune âge. A l'âge de douze ans, il a eu des fièvres intermittentes. Puis, ayant fait la campagne de 1870, il eut une pneumonie, étant à Grenoble. Après la guerre, on l'envoya en Afrique où il séjourna environ quatre ans. A cette époque, il eut de nouveau des accès de fièvres intermittentes. Déjà il accuse des troubles gastriques caractérisés par des vomissements assez fréquents qu'il faut peut-être attribuer aux excès de boisson qu'il faisait à cette époque. A trois reprises, il rend des lombrics avec les selles.

Rentré en France, il a encore quelques rares vomissements qui finissent par disparaître ; il faut dire qu'il quittait ses habitudes alcooliques, et tout semblait rentré dans l'ordre. Sa vie à la campagne était, d'ailleurs, très-régulière ; il s'adonnait aux travaux des champs.

Enfin, le premier janvier 1882, à propos de rien, et sans avoir reçu la moindre contusion sur l'hypochondre, il est pris d'un ictère très-prononcé, en même temps que de céphalalgie, de fièvre intense avec sueurs ; une douleur existe dans le côté droit, qui s'accompagne de toux et d'une expectoration légèrement colorée en rouge.

On diagnostique une fluxion de poitrine. Les choses n'allèrent pas plus loin ; survint bientôt une amélioration et, quatre mois après, le malade reprenait son travail.

C'est vingt jours après seulement que survient la rechute. Subitement, le malade est pris de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et de dyspnée intense. A cet état succèdent des quintes de toux et l'expectoration de matières qu'il dit ressembler en tous points à celles dont nous allons avoir l'occasion de parler tout à l'heure. Il n'a pas remarqué de sang dans les crachats.

A partir de ce moment, et environ tous les quinze ou vingt jours, les mêmes phénomènes, sauf la douleur, se reproduisent. Un malaise, un poids dans l'hypochondre, présagent l'arrivée des accidents : c'est la dyspnée, ce sont les quintes de toux, avec la même intensité, et suivies du rejet des mêmes matières ; il évalue la quantité de ces matières à un quart de litre dans chaque crise ; un soulagement manifeste accom-

pagne chacune de ces crises ; à peine persiste-t-il un léger essoufflement et quelques crachements. Il devient ictérique par intervalles.

Examen. — Amaigrissement notable, peau sèche, teint terreux ; les digestions se font mal ; pas d'appétit ; la constipation est habituelle.

La chose qui frappe le plus en examinant le malade, c'est la déformation globuleuse de la base du thorax du côté droit portant une légère dépression à sa partie moyenne. L'inspection laisse voir aussi la trace de la médication énergique : vésicatoires et cautères appliqués à cet endroit. La percussion révèle une matité prononcée dans les deux tiers inférieurs du poumon et de la submatité au sommet. La palpation donne une sensation de résistance élastique vers la partie inférieure sans qu'on puisse percevoir aucune sensation de fluctuation ; elle révèle aussi des vibrations augmentées vers le sommet, diminuées vers la base. A l'auscultation, et en un point déterminé de la partie inférieure, on entend un bruit particulier sur lequel M. Carrieu attire notre attention. On dirait des râles crépitants, avec lesquels on ne peut pourtant pas les confondre ; suivant la comparaison de M. Carrieu, ils rappellent le bruit produit par la neige pressée entre les doigts. Si l'on fait faire de fortes inspirations au malade, on entend, par bouffées, des râles sous-crépitanants à grosses bulles. Il n'existe ni de pectoriloquie ni d'égophonie.

Au sommet, respiration bronchique avec une expiration prolongée. A gauche, respiration supplémentaire.

Prescription. — Un quart de verre d'eau de Raillère et une cuillerée de la solution suivante : eau 300 gr., arséniate de soude 0,05.

Le 6, survient un léger mouvement fébrile ; le malade est oppressé, en proie à une dyspnée assez intense. A l'auscultation, au lieu des signes précédents, il existe une absence presque complète du murmure vésiculaire.

Le 7, au moment de la visite, le malade est pris de quintes violentes.

tes immédiatement suivies de crachats caractéristiques ; ils sont visqueux, sans odeur, de couleur jaune verdâtre, et dans leur sein nagent des corps ovoïdes du volume d'une noisette, d'aspect membraneux et contenant un liquide clair légèrement verdâtre. On recueille toutes ces matières pour les livrer à un examen minutieux.

Nous reproduisons textuellement le résultat de ces recherches que notre ami M. l'interne Tapis a bien voulu mettre à notre disposition avec son obligeance ordinaire :

« A l'aide du microscope, nous voyons que les lambeaux de membranes étalées, montés dans de la glycérine et colorés par le carmin, offrent l'aspect caractéristique des vésicules hydatiques ; elles sont amorphes ; les colorants ne sont fixés sur aucune partie d'une façon exclusive. Il n'y a ni cellules ni fibres ; pas trace, en un mot, de constitution histologique dans le sens étymologique du mot. La paroi des vésicules est constituée par des lames minces, mais inégales, de 2 à 40 μ , superposées, qui, au point où elles se sont rompues, présentent l'aspect de la tranche d'un livre ou, mieux, d'un album à feuillets d'inégale épaisseur.

» Ces membranes offrent souvent des plicatures multiples en sens divers, qui pourraient faire croire à la présence d'un réseau fibrillaire, si l'on se contentait d'un examen peu attentif.

» Une d'entre elles nous a présenté une surface mamelonnée indiquant la germination des échinocoques.

» Nous n'avons pas, tout d'abord, trouvé de crochets dans les premières gouttes du liquide examiné ; celui-ci contenait seulement un très-grand nombre de granulations de nature diverse (protéiques, graisseuses, pigmentaires), et un plus grand nombre de corpuscules muqueux avec quelques corpuscules purulents ; enfin, des cellules dégénérées dont il était difficile de préciser l'origine et la nature. Pour la plupart, ce sont d'assez grandes cellules granulo-graisseuses irrégulières de 10 à 15 μ prenant mal le carmin.

» Nous ne voyons pas non plus de fibres élastiques.

» Pour trouver assez facilement des crochets, nous employons le moyen suivant, qui mérite d'être indiqué parce qu'il nous a parfaitement réussi et peut empêcher d'être rebuté dans une recherche un peu longue et délicate. Nous avons mis une certaine quantité de matières expectorées dans un verre à champagne, nous avons ajouté un peu d'eau et nous avons agité doucement avec une baguette de verre. Après un moment de repos, nous avons décanté avec précaution la partie supérieure du liquide en secouant un peu, à l'aide d'une pince, les lambeaux de membranes. C'est dans la partie du liquide qui reste au fond du verre qu'on rencontre les crochets assez facilement. Ces organes délicats ont la forme d'une petite serpe peu incurvée; on y distingue la lame, le manche et la garde; le tout ne mesure pas plus de 13 à 14 μ , au lieu de 20 à 22 μ , chiffre donné par Davaine; les plus longs sont plus minces et moins recourbés.

» En ajoutant quelques gouttes d'acide nitrique aux matières expectorées, nous ne produisons pas de précipité, mais seulement un léger nuage qui prend aussitôt une couleur verte plus foncée. Le liquide examiné n'est donc pas entièrement exempt de matières albuminoïdes; cela tient aux produits de sécrétion bronchique expectorés avec les matières kystiques. La réaction produite par l'acide nitrique nous paraît démontrer aussi dans le liquide examiné la présence de produits biliaires, et, bien que le microscope ne nous ait montré ni cholestérine ni hématoïdine, nous pensons que l'on doit, d'après cela, supposer l'origine hépatique des kystes. »

8 octobre. — La poitrine présente toujours la même déformation. A l'auscultation on entend quelques frottements pleuraux dans la fosse sous-épineuse, mais les gros râles sous-crépitaux de la veille ne s'entendent plus. La respiration reste sourde à la base, la voix est légèrement retentissante.

Le 9. — On note une douleur que provoque la pression au niveau de l'avant-dernière côte dans la région du phrénique. Cette douleur, on la provoque aussi au niveau des scalènes; elle a donc son siège dans

le phrénique. D'ailleurs cette douleur est souvent spontanée et s'irradie dans l'épaule et le bras droit.

Le foie dépasse par son bord inférieur les fausses côtes ; on le sent lisse sous le doigt et devient sensible lorsqu'on presse un peu fort sur lui. En haut, la matité remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

En même temps que le foie est douloureux, il siège à droite une hémiparésie plus accentuée dans le bras.

Rien à noter du côté des autres organes.

Le 10. — Pour la seconde fois, le malade expectore des kystes hydatiques, dont le microscope reconnaît facilement la nature. C'est toujours après des quintes de toux violentes que survient l'expectoration caractéristique.

Le 11. — Toute la nuit le malade a continué à tousser et à rejeter des hydatides ; mais au moment de la visite il paraît plus calme et crache moins. M. Carrieu nous fait examiner les poches hydatiques.

En examinant la poitrine, on constate que l'étendue occupée par la matité a diminué. On entend mieux aussi le murmure vésiculaire. Il ne reste plus qu'un point où la respiration est obscure. Le malade se plaint d'une douleur quand on le percute au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. On continue l'eau de Raillère et l'arséniate de soude.

Le 12. — Le malade ne tousse plus, la douleur qu'il accusait la veille s'est aussi calmée.

Prescription. — Inhalations avec infusion de bourgeons de sapin créosotée. Il ne survient rien de nouveau les jours suivants. Le malade respire mieux et commence à se rassurer.

Le 16. — Examiné de nouveau pendant la visite, on constate que le poumon droit respire beaucoup mieux. De plus, le foie a sensiblement diminué de volume. Il ne dépasse plus que de deux doigts les fausses côtes et n'arrive plus qu'à 2 centimètres du mamelon. A son niveau on

ne perçoit aucun signe qui puisse indiquer que le kyste s'est mis en communication avec les bronches. Cette amélioration persistant, le malade demande à sortir de l'hôpital.

Nous croyons utile de faire suivre cette observation de quelques remarques.

C'est probablement en Afrique que le malade a été atteint de l'affection hydatique. Les vomissements qu'il a eus à cette époque devraient peut-être être rapportés à l'invasion de la maladie, quoique les habitudes alcooliques puissent aussi les expliquer. L'intervalle de temps qui sépare ces premiers symptômes de la manifestation plus caractéristique du mois de janvier 1882 se rapporte au développement lent, et masqué pour ainsi dire, de l'affection. Quant aux accidents survenus le premier janvier 1882, ils marquent le moment précis où l'inflammation a envahi le kyste et le tissu périphérique et durant lequel probablement se sont formées les adhérences entre le kyste d'une part, la plèvre et le poumon de l'autre.

La rupture du kyste est marquée par la douleur subite envahissant l'hypochondre droit et le trajet du phrénique, par la dyspnée, la toux et l'expectoration caractéristique consécutive.

L'examen des matières expectorées en précise la nature, la présence de la bile dans ces mêmes matières localise le kyste dans le foie.

Il est à regretter que l'autopsie ne soit pas venue confirmer cette manière de voir, mais la marche de la maladie, l'état du malade le jour qu'il a quitté l'hôpital, nous font croire que le diagnostic a été juste.

Observation II

Kyste hydatique ouvert dans la plèvre. — Empyème. — Guérison. — Mort par tubercules pulmonaires.

(Moutard-Martin, traité de la pleurésie purulente, 1872, p. 21.)

Chauvin (Paul), pâtissier, 17 ans, faible, délicat, visage d'une pâleur anémique prononcée, un peu pigmentée. Père mort à 52 ans d'un

cancer de l'estomac. La mère vit encore. Une sœur morte de phthisie pulmonaire. Lui-même, quoique délicat, n'a jamais été sérieusement malade. Il ne toussait pas, ne s'essoufflait pas facilement.

Il y a deux mois, il fut pris de douleurs d'estomac revenant par accès. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, 6 octobre 1871, il fut pris pendant la nuit d'un violent frisson accompagné d'un point de côté intense à droite, avec toux sans expectoration. La respiration était fréquente et pénible, la fièvre vive. Pendant les huit jours qui suivirent, il y eut trois ou quatre fois par jour des frissons irréguliers. Depuis ce temps, les frissons ont disparu, mais la fièvre est continuée, les sueurs nocturnes abondantes, la dyspnée considérable. L'état du malade paraît s'aggraver, ce qui le décide à entrer à l'hôpital le 6 octobre 1871.

L'état général déjà décrit persiste. Le pouls bat 130 fois par minute. T. A. 39, 7.

A l'inspection du thorax, on voit que le côté droit est notablement dilaté, les espaces intercostaux bombés, malgré la maigreur du malade.

Pas d'œdème des parois thoraciques ni des lombes. Abolition complète des vibrations thoraciques. Matité complète dans tous les points du côté droit. Souffle bronchique très-éloigné dans toute la moitié inférieure du côté, plus fort au niveau de l'épine de l'omoplate. Egophonie vers l'angle du scapulum, se prolongeant jusqu'au sommet dans lequel on perçoit quelques râles muqueux. Rien à gauche.

Le foie déborde les fausses côtes de 4 cent. La pointe du cœur bat notablement en dehors du mamelon gauche. Pas de souffle, pas d'albumine dans les urines.

En présence de ces symptômes, l'existence d'un vaste épanchement pleurétique ne pouvait faire doute. L'hésitation ne pouvait exister que sur la nature du liquide contenu dans la plèvre. La fièvre intense persistant depuis trois semaines, les frissons fréquents, les sueurs nocturnes, l'inappétence, la pâleur extrême de la face, l'habitus extérieur du malade, pouvaient faire croire à l'existence d'une pleurésie

purulente, malgré l'absence d'œdème des parois. L'abondance de l'épanchement, la dyspnée, indiquaient la nécessité d'évacuer immédiatement le liquide épanché, de quelque nature qu'il fût. Le doute devait donc être levé par la ponction et l'examen direct du liquide. Une ponction est donc pratiquée avec un trocart ordinaire et la baudruche sans donner aucun résultat. Pas une goutte de liquide ne sort. Immédiatement, nous retirons la canule et introduisons l'aiguille moyenne de l'aspirateur Dieulafoy, qui donne issue à 40 gr. de pus. Subitement le pus s'arrête. Le pus, retiré en si petite quantité que ce soit, avait fixé le diagnostic de pleurésie purulente. L'absence de résultat dans la première ponction, l'arrêt subit de l'écoulement du pus, dans la deuxième, pratiquée avec l'aspirateur, nous donnaient l'assurance qu'il existait, au milieu du pus, des parties solides de volume suffisant pour oblitérer le calibre de la canule, même avec aspiration.

Il fallait agir, extraire le liquide avec les masses qu'il pouvait contenir, et le choix de l'opération me parut suffisamment indiqué.

L'empyème fut donc pratiqué le 9 octobre avec MM. Ed. Labbé et Dieulafoy.

L'incision commencée à 6 cent. de l'épine dorsale, intéressant le septième espace intercostal, fut prolongée en avant dans une longueur de 6 centimètres.

Il sortit deux litres de pus ; à plusieurs reprises, l'écoulement s'arrête et une masse d'un gris jaune, demi-transparente, vient obturer l'ouverture en faisant hernie au dehors. A quatre reprises, je saisis ces masses constituées par de vastes poches hydatides rompues, et en même temps il sort par la plaie des poches hydatiques entières, transparentes et du volume d'un œuf.

Nous avons donc affaire à des hydatides suppurées. Le pansement fut fait après injection d'eau tiède alcoolisée.

10 octobre. — Pour la première fois depuis dix-sept jours, le malade n'a pas de sueurs nocturnes. Il a bien dormi et peut rester couché sur le dos. Pouls toujours fréquent, 152 pulsations ; respiration

tombée de 44 à 36. Écoulement par la plaie de bien peu de liquide séropurulent, inodore

Le 13. — Suppuration presque nulle, un peu jaune. Dans les jours suivants, amélioration jusqu'au 23. Ce jour-là, à la visite du matin, malade pâle, fatigué, nuit agitée, fièvre, inappétence. Suppuration plus abondante, un peu odorante. Injection avec eau tiède légèrement iodée.

Jusqu'au 31 octobre, alternatives dans l'abondance et l'odeur de la suppuration, coïncidant avec les modifications dans le même sens de l'état général, et pourtant la cavité se rétrécit de plus en plus.

A partir de ce moment, progrès constants de la convalescence. L'état général devient de meilleur en meilleur. L'appétit, les forces et l'embonpoint reviennent.

Le 10 novembre, on cesse les injections qui ne pénètrent plus que dans un trajet fistuleux qui se ferme lui-même complètement le 24 novembre et qui s'ouvre de temps en temps pour donner issue à cinq ou six gouttes de pus qui ne viennent certainement pas de la cavité pleurale.

La sonorité est excellente du haut en bas de la poitrine, sauf au pourtour de l'incision où existe un peu de submatité. Au sommet du poumon, on entend des râles à assez grosses bulles qui me préoccupent un peu pour l'avenir au point de vue des tubercules. Respiration bonne jusqu'à la base à partir de l'épine de l'omoplate.

Le malade, guéri, pourrait sortir de l'hôpital si nous ne le conservions par pitié à cause de sa misère. Du reste, il travaille comme infirmier.

L'observation pourrait se terminer ici si elle n'avait un épilogue dont nous venons de voir le dénouement.

Chauvin était bien portant quand, le 14 mars 1872, il demande une permission de sortie pour plusieurs heures. Le soir, après être rentré, il est pris d'un frisson violent avec fièvre, point de côté à droite, dans le côté opéré. Toux fréquente. Crachats pneumoniques abondants. A la

percussion, son obscur à la base. A l'auscultation, râles crépitants dans le tiers inférieur et souffle à la base.

Le malade ne se rétablit pas. Les symptômes de pneumonie de la base ont bien disparu. La fièvre n'existe plus. L'appétit est bon, mais le malade a maigri, toussé, craché. Matité dans le sommet droit en avant. Souffle amphorique dans la partie antérieure à droite ; gargouillement au sommet gauche. Nous nous demandons s'il ne s'est développé de nouvelles hydatides dans le sommet du poumon droit, hydatides qui se seraient fait jour par les voies aériennes, en même temps qu'il existerait des tubercules.

Mort dans le marasme le 14 juin 1872.

Nous trouvons à l'autopsie le foie, dont le lobe droit est réduit à un tronçon du volume d'une pomme et bilobé. Le lobe gauche est énorme et à lui seul représente le volume d'un foie très-développé. État gras. Le poumon droit adhère de toutes parts à la paroi costale et surtout au diaphragme, où il adhère à sa base par un véritable tissu cicatriciel qui se prolonge dans la substance du lobe droit du foie atrophie, et dans lequel il forme un noyau du volume d'une noix. Le sommet du poumon contient une immense caverne ; ses autres parties sont farcies de tubercules et de cavernes tuberculeuses.

Observation III

Kyste hydatique du foie s'étant ouvert dans la plèvre et secondairement dans les bronches.
(Empruntée aux cliniques de Trousseau, à l'Hôtel-Dieu — résumée.)

Militaire d'abord en garnison à Auxonne (Côte-d'Or). A cette époque, il s'était plaint de douleurs dans le côté droit ; mais ces douleurs étaient sourdes en somme, ne se réveillant qu'après une marche forcée ou un exercice violent ; la santé se maintenait bonne, à ce point qu'il put partir pour la Crimée. De temps en temps, exaspération de la douleur, tumé-

faction notable de la région hépatique. Après le congé, les symptômes persistant, il entre à l'hôpital.

Examen du malade. — Ampliation très-notable de la poitrine du côté droit ; saillie globuleuse s'étendant à tout l'hypochondre correspondant, jusque dans la région épigastrique, mouvement fébrile par intervalles. — Application d'aiguilles pour provoquer des adhérences. Intensité plus grande des mouvements fébriles, teinte subictérique, douleur aiguë du côté droit. — On constate l'existence d'une pleurésie : matité de la région, égophonie se prononçant de plus en plus. — La matité s'étend presque dans la fosse sous-épineuse, égophonie au niveau de la huitième côte ; au-dessus, bronchophonie ; plus haut encore, râles sous-crépitaux fins, expectoration catarrhale. — Ecartement considérable, avec saillie, des téguments entre la neuvième et la dixième côte. La toux, une forte expiration, augmentent la saillie, comme si un liquide soulevait la peau à ce niveau ; en appliquant la main, on sent la fluctuation. — Les râles sous-crépitaux sont devenus plus fins, on les entend aussi à gauche ; les crachats ont pris les caractères de la pneumonie.

Ponction de la tumeur qui donne issue à un liquide purulent, renfermant des hydatides.

Dans la dernière nuit, accès de toux que rien ne peut arrêter. Le malade suffoque et meurt quelques instants après.

Autopsie. — Par l'ouverture pratiquée, une sonde introduite pénètre dans le foie, traverse la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique accolées l'une à l'autre par des adhérences de date ancienne. — La glande hépatique a un volume énorme. Epanchement dans la plèvre qui communique d'une part avec le kyste du foie, d'autre part avec les bronches, le tissu pulmonaire s'étant perforé.

Observation IV

Kyste ouvert dans la plèvre et le canal cholédoque.
(Empruntée aux cliniques de Trousseau, à l'Hôtel-Dieu — résumée.)

R... (Amélie), âgée de 27 ans, entre le 11 septembre 1863 dans le service de M. Trousseau.

Il y a 3 semaines, vives douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre droit pendant deux jours ; ictère consécutif. Depuis, ictère de plus en plus foncé. Depuis, aussi, accès douloureux tous les deux jours et chaque fois deux heures environ. Anorexie, dyspepsie concomittante, douleurs provoquées par l'ingestion de boissons et d'aliments. Depuis 3 jours vomissements. A part les accès, douleur continue mais tolérable.

A l'examen, coloration jaune des plus foncées, faciès émahi exprimant la souffrance. Diagnostic : coliques hépatiques avec congestion considérable et consécutive du foie.

Dans la soirée, frisson assez fort et prolongé, exaspération de la douleur. Fièvre toute la nuit, plus ardente encore le lendemain ; douleur très-vive à la région du foie. La malade vomit tout ce qu'elle ingère ; le soir, épistaxis peu abondante. Diagnostic : hépatite.

Le 14 au soir, douleur des plus violentes survenue brusquement à la base droite de la poitrine, se propageant jusqu'à l'épaule droite. Délire toute la nuit.

Le 15, persistance de la douleur. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 16, ictère d'un jaune safrané ; douleur aussi vive, respiration incomplète et anxieuse. Pas d'égophonie. Diagnostic : pleurésie diaphragmatique par propagation.

Le 17, douleur beaucoup moins vive, souffle et égophonie au tiers moyen de la région dorsale. Matité dans tout le tiers inférieur de la poitrine, résonnance skodique dans le tiers supérieur en avant.

Le 18, état général grave, pouls petit. La matité a envahi tout le côté

droit en arrière et occupe même la fosse sous-épineuse. En avant, matité jusqu'à la quatrième côte. Respiration abolie dans la moitié inférieure de la poitrine. Douleur à la percussion, disparue presque entièrement à la région hépatique.

Le 19, matité absolue du haut en bas de la poitrine en arrière. La région sous-claviculaire seule résonne assez bien. En arrière : souffle et égophonie. Fluctuation manifeste au niveau des espaces intercostaux. On pratique la paracentèse qui donne passage à des détritits d'hydatides. La malade meurt vingt-quatre heures après.

Autopsie. — Foie énormément augmenté de volume. Le lobe gauche a deux fois le volume du droit. Dans le lobe droit, kyste de la grosseur du poing, faisant saillie du côté de la plèvre, circonscrit de fausses membranes épaisses du côté de la plèvre, tapissées par une fausse membrane fibreuse en certains points, incrustée de substance calcaire dans la plus grande partie de son étendue. Le kyste est rempli de pus au milieu duquel nagent des hydatides flétries. On y distingue trois ouvertures : la première s'ouvre au-dessous du diaphragme. La deuxième débouche dans le canal cholédoque. La troisième s'ouvre dans la cavité de la plèvre à travers une perforation du diaphragme.

Dans le lobe gauche, quatre petits abcès. La vésicule biliaire a plus que triplé de volume. La plèvre est remplie de pus et de détritits hydatiques. Rate volumineuse.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Dans ce chapitre, nous retracerons à grands traits l'histoire, qui se trouve d'ailleurs très-complet dans l'ouvrage de Davaine (1), mettant seulement en relief les traits les plus caractéristiques. Dans un second paragraphe, nous ferons la description du parasite et de son développement, description que nous croyons utile et même indispensable pour l'intelligence du sujet qui nous occupe.

Les anciens avaient certainement observé des kystes hydatiques ; mais nulle part on ne les rattache à leur véritable origine. Il faut arriver en 1766 avec Pallas pour voir leur animalité soupçonnée, et en 1821 avec Bremser pour trouver une démonstration complète de cette animalité.

Laënnec, en 1804, n'ayant pas vu les échinocoques dans les kystes du foie, les classe parmi les acéphalocystes ; mais, en 1843, Livois, dans une thèse inspirée par Rayet, démontre que, contrairement à l'opinion de Laënnec, les kystes du foie contiennent, la plupart du temps, des scolex de ténia. Il les range des acéphalocystes et les rétablit à leur véritable place parmi les vers. Depuis, cette opinion n'a fait que se confirmer. A leur tour, les expériences de Siebold et Van Beneden sont venues faire un jour à peu près complet sur la question. Ces auteurs, expérimentant sur des chiens, ont démontré que l'échino-

(1) Davaine. Traité des entozoaires et des maladies vermineuses. Paris, 1859.

coque n'est que le scolex du ténia echinococcus, qui arrive à son complet développement dans l'intestin du chien. Un point encore obscur, c'est la relation qui existe entre l'hydatide fertile et l'hydatide stérile. Gervais et Van Beneden ne se prononcent pas. D'après Davaine, l'hydatide stérile ne serait qu'une phase du développement du ténia. Il s'appuie sur ce fait que l'hydatide fertile et l'hydatide stérile peuvent se trouver dans le même kyste.

Description. — Les hydatides ont une forme vasculaire, arrondie ou ovoïde, d'une grosseur variant entre celle d'une noisette et d'une tête de fœtus. Elles sont constituées par une simple enveloppe anhiste, ayant la consistance de l'albumine peu cuite, remplie de liquide transparent, non albumineux et presque dépourvu de sels. Cette enveloppe, quoique simple, présente plusieurs couches sur sa surface de section, disposition lamelliforme qui rappelle les feuillets d'un album d'inégale épaisseur. La couche la plus interne est granuleuse. Elle a été découverte par M. Robin, qui l'a appelée membrane fertile. C'est elle, en effet, qui donne naissance aux échinocoques. Telle est l'hydatide simple; mais il arrive souvent que, au lieu d'être unique, cette hydatide en contient plusieurs autres plus petites qu'elle, offrant la même structure et qu'on a appelées hydatides filles, la grande étant l'hydatide mère. Cette formation d'hydatides filles se fait par bourgeonnement sur la face interne de l'hydatide mère. Quelquefois le bourgeonnement se fait sur la face externe; il est dit alors exogène par rapport au précédent qui a été appelé endogène. C'est par bourgeonnement exogène que se formeraient les kystes hydatiques alvéolaires dont on parle depuis quelque temps.

Les hydatides ne possèdent pas toujours une membrane fertile; elles sont, par cela même, stériles, incapables de produire des échinocoques. Ce sont ces hydatides que Laënnec appelait acéphalocystes, les prenant pour des vers vésiculaires.

C'est, avons-nous dit, sur la membrane granuleuse interne que se

forment les échinocoques. Tout d'abord, ils sont constitués par une granulation blanchâtre à peine visible à l'œil nu. En grossissant, ces corps granuleux se pédiculisent et deviennent des échinocoques parfaits qui se détachent et tombent dans le liquide, en le rendant légèrement trouble de très-limpide qu'il était. Leur corps est ovoïde, d'un diamètre de 0mm. 2 à 0mm. 25. Sur sa partie postérieure, se voit la trace du pédicule qui l'attachait à la membrane fertile. La partie antérieure, d'abord invaginée, offre, au fond d'un cul-de-sac, quatre ventouses et une double couronne de crochets. Plus tard ce cul-de-sac disparaît, crochets et ventouses montent à la surface. Au-dessous d'eux se creuse un petit sillon en forme de collet et le scolex est tout à fait constitué. Son corps est parsemé de granulations formées de bicarbonate de chaux et de phosphate de chaux, unis à une substance organique. Lorsque le kyste s'altère, les échinocoques sont rapidement détruits. Il ne reste, alors, de saisissable que leurs crochets. Ce sont eux seuls que fait voir l'examen microscopique.

Le scolex arrive à son complet développement dans l'intestin du chien. Dans cet état, le ténia parfait est encore très-petit et n'a que 2 à 3 mm. de diamètre. Ce n'est pas seulement chez l'homme que les œufs de ce ténia peuvent se développer. On les trouve chez beaucoup d'autres animaux, la plupart herbivores : singe, mouton, bœuf, cheval, chameau, etc. On n'en trouve pas chez les oiseaux, les reptiles, les poissons, les rongeurs. Chez l'homme, ils peuvent se développer dans beaucoup d'organes ; mais le foie est sans contredit leur lieu de prédilection.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Les kystes hydatiques sont très-communs en Islande et en Australie. Cela tient à ce que les peuplades de ces pays habitent avec leurs chiens, porteurs du ténia. En Europe, ils sont relativement rares ; ils sont plus communs en Afrique, si nous en croyons le témoignage de notre excellent ami le docteur Chène. Notre malade a séjourné quatre ans dans ce pays, c'est probablement là qu'il a reçu les atteintes de son affection. Les enfants n'en sont affectés qu'exceptionnellement. Ils peuvent se développer dans une foule d'organes, mais il est aujourd'hui reconnu qu'ils se développent beaucoup plus fréquemment dans le foie que partout ailleurs. A l'époque où l'on était sans connaissances vraies sur la nature des kystes hydatiques, où l'on regardait ceux-ci comme des dilatations vasculaires, une altération du tissu cellulaire, un produit de l'inflammation (Vitu et Joeger), un résultat des transformations subies par le sang épanché dans les tissus (Baron, *Mémoire de Chirurgie et de Médecine*, 1845), le traumatisme jouait le plus grand rôle dans la production de ces tumeurs. Aujourd'hui, grâce à la lumière qui s'est faite sur ce sujet, il est permis de donner des raisons plus satisfaisantes et plus justes. C'est par l'intestin que l'œuf du ténia *echinococcus* pénètre dans l'organisme. Porté là avec les aliments, il est absorbé et jeté dans la circulation par la veine porte. Or, tout le sang de la veine porte arrive dans le foie et se répand dans

ses capillaires très-fins. Ceux-ci joueront vis-à-vis de l'œuf le rôle d'un tamis, ils l'arrêteront dans ses mailles avec d'autant plus de chances que la circulation est très-ralentie à ce niveau.

Certainement, ils ne l'arrêteront pas toujours, son petit volume lui permettra d'aller plus loin ; mais avouons qu'il trouvera là les meilleures conditions pour se fixer et se développer. Telle est, à notre avis, la meilleure et peut-être la seule explication de la fréquence des échinocoques dans le foie. Un fait qui vient corroborer cette assertion, c'est la fréquence des échinocoques dans le poumon, fréquence qui vient immédiatement après la précédente. — Le sang qui a traversé le foie passe dans la veine cave inférieure et de là dans le cœur qui le lance dans le poumon. Là, il se répand encore dans les capillaires, second tamis qui retiendra la plupart des œufs échappés au foie ; et les statistiques démontrent, en effet, qu'après le foie le poumon est le plus souvent affecté de kystes hydatiques. Certainement, quelques-uns auront pu prendre la voie du canal thoracique, mais leur nombre sera relativement restreint. Ils viendront d'ailleurs s'ajouter plus haut à ceux échappés au foie et avec eux envahir le poumon.

Dans les divers ouvrages que nous avons lus, on discute beaucoup l'intervention du traumatisme comme cause efficiente. Boncourt (1) rapporte plusieurs observations de kystes hydatiques des membres où il donne le traumatisme comme cause de leur production. Danlos (2), généralisant ces idées, invoque aussi le traumatisme pour les kystes hydatiques du foie, toujours avec des observations à l'appui. Certainement on comprend qu'un traumatisme, provoquant souvent des hémorrhagies, il peut se faire que l'œuf du ténia passe avec le sang épanché et que, dès lors, il se forme à ce niveau des kystes hydatiques. Mais, ce qu'on comprend moins, c'est la fréquence de cette coïncidence. Il

(1) Boncourt. — Des kystes hydatiques des membres. Thèse de Paris, 1842.

(2) De l'influence du traumatisme accidentel, considéré comme cause occasionnelle des kystes en général. Thèse de Paris, 1879.

faudrait réellement que le sang fût infecté d'œufs de ténia pour qu'il en passe ainsi à chaque hémorrhagie, et il faudrait dès lors s'attendre à une véritable ladrerie hydatique, comme on en observe quelquefois chez certains animaux. Pour notre part, nous serions disposé à renverser la proposition et à dire, non pas que le traumatisme est la cause efficiente des kystes, mais que les régions où se trouvent des kystes en voie d'évolution étant par cela même particulièrement sensibles et sujettes à l'inflammation, la moindre contusion, le moindre choc, auront des effets graves en apparence, et que, dès lors, le malade et le médecin lui-même donneront à cette contusion une importance qu'elle n'a pas.

Un autre point à élucider, c'est la fréquence des hydatides à la face convexe du foie, et leur tendance à envahir la cavité thoracique. Cadet de Gassicourt (1) admet la fréquence des kystes à la partie supérieure du foie et discute l'opinion de J. Guérin qui fait de l'aspiration exercée par la cavité thoracique pendant l'expiration sur les viscères abdominaux, la vraie cause de l'ouverture intra pleurale ou intra-pulmonaire des kystes de la face convexe du foie ; mais il ne se montre pas satisfait de cette explication. Dolbeau (2), outre le mécanisme de l'expiration, fait aussi intervenir la disposition anatomique des parties. « La marche de ces kystes, dit-il, est régulière et subordonnée aux conditions anatomiques et physiologiques des parties.

» Le kyste de la face convexe répond en bas au foie, organe volumineux et dont les moyens de fixité sont très-développés ; par en haut, les limites de la tumeur sont formées par le diaphragme, organe mou, élastique et extensible. De plus, le kyste se trouve situé à la limite de deux cavités dont les conditions de pression sont bien différentes. En

(1) Cadet de Gassicourt. — Recherches sur la rupture des kystes du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.

(2) Dolbeau. — Etude sur les grands kystes de la face convexe du foie. Paris 1856. Thèse de Paris, 1856

effet, ainsi que l'a très-bien indiqué M. le professeur P. Bérard à l'article Abdomen du Dictionnaire en 30 vol., le thorax et l'abdomen sont dans des conditions tout opposées ; dans la cavité du ventre, il y a en quelque sorte un trop-plein ; les organes sont sollicités dans tous les sens et la moindre ouverture donne passage à une hernie ; au contraire, dans le thorax, il y a un vide virtuel, et, dans le moment de l'expiration, tous les organes tendent vers cette cavité ; le ventre qui se tend pendant l'inspiration devient mou pendant l'expiration.

» Il résulte de tout cela qu'un kyste situé à la surface convexe du foie, et dont le développement continue de se faire, a de la tendance à gagner la cavité thoracique. Du côté du ventre, il rencontre la pression générale et la résistance propre du foie qui l'empêchent de descendre. Du côté des plèvres, au contraire, le diaphragme seul lui fait obstacle. Le muscle se laisse donc refouler ; le poumon fait place et le kyste remonte ainsi coiffé d'une couche musculaire qui va sans cesse s'aminçissant et qui finit même quelquefois, mais c'est l'exception, par se rompre. »

Duvernoy (1), après avoir discuté cette manière de voir, s'exprime ainsi : « Nous ne refuserons pas toute valeur à l'influence, sur le développement des kystes vers le thorax, de l'aspiration due à l'expiration, et à l'espèce de refoulement excentrique produit par la tension abdominale, tension élastique relativement faible. Mais nous croyons que ce qui doit dicter surtout le côté où proéminera le kyste, c'est le point de développement primitif de ce kyste. Si nous supposons que l'œuf se développe dans un point séparé de la face supérieure par une coque de deux ou trois centimètres d'épaisseur seulement, il paraît évident que, dans son développement, le kyste aura une tendance naturelle à gagner la face convexe du foie et à proéminer du côté de la cavité thoracique. La résistance qu'il aura à

(1) Duvernoy. — De l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la plèvre et dans les bronches. Paris, 1879.

vaincre sera en effet beaucoup moindre de ce côté que de celui de la face concave. Que si, au contraire, l'œuf est déposé à peu de distance de sa face inférieure, ce sera alors de ce côté et aux dépens de la cavité abdominale que se fera le développement du kyste. »

Cette opinion est certainement la meilleure, et, pour notre compte, nous l'acceptons pleinement, niant au contraire toute influence aspiratrice exercée par le mouvement respiratoire sur le kyste. Partant de ce fait que la déviation des côtes est la première déformation apparente avec la voussure de l'épigastre et que le foie, au lieu d'opposer une résistance invincible, est souvent abaissé notablement, nous ne voyons dans le poumon et l'abdomen que deux forces résistant toutes deux au développement du kyste. Et si le kyste envahit le poumon plutôt que l'abdomen, ce n'est qu'une affaire de voisinage plus ou moins immédiat, et une affaire de résistance, moindre du côté de la cage thoracique. Nous ne sachons pas que notre malade ait jamais reçu de coup sur l'hypochondre.

Une fois le kyste développé et proéminent du côté du poumon, comment se fait sa rupture, et pourquoi s'ouvre-t-il tantôt dans la plèvre, tantôt dans le poumon, tantôt dans d'autres organes?

Cette rupture peut s'effectuer de différentes façons. Quelquefois, la tumeur, pressant fortement sur le diaphragme, dissocie ses fibres et vient se mettre au contact de la plèvre : un travail inflammatoire survient qui établit des adhérences entre elles. Ce processus est rare. Plus souvent, l'inflammation du kyste s'établissant sous l'influence de la cause la plus légère : contusion, ceinture trop serrée, etc., un travail inflammatoire s'effectue tout autour de lui. Les feuillets du péritoine et de la plèvre, participant à cette inflammation, subissent les mêmes altérations que dans les cas de péritonite et de pleurésie chroniques, et dans peu de temps des adhérences les soudent l'un à l'autre. Ces adhérences seront bientôt assez fortes pour empêcher le contenu du kyste de tomber dans leur cavité au moment de la rupture. Dans ce cas, le kyste en se rompant déversera son contenu par-

tout, excepté dans le péritoine et la plèvre : estomac, intestins, veine cave inférieure, extérieur.

Malheureusement, ce n'est pas toujours ainsi que procède l'inflammation du kyste. Souvent, au lieu de cette marche chronique, elle affecte une marche rapide et ulcérente. Les parois et le parenchyme environnants sont rapidement détruits. L'ulcération atteint le péritoine et la plèvre, et le contenu du kyste suppuré tombe dans leur cavité, provoquant ainsi une péritonite et une pleurésie suraiguës, accidents qui, compliqués d'un état général, toujours grave dans ces cas, emportent rapidement le malade.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les altérations que nous avons à étudier portent sur le foie, la plèvre et le poumon.

Du côté du foie, on constate des altérations provoquées par la présence du kyste lui-même, et d'autres qui ne sont que la conséquence des altérations propres du kyste.

Tout autour de celui-ci, il s'est formé, aux dépens du tissu cellulaire interstitiel, une enveloppe adventice, espèce de coque protégeant les hydatides. D'abord de nature purement conjonctive et d'aspect séreux à sa couche profonde, elle prend progressivement une consistance fibreuse fibro-cartilagineuse et crétacée par plaques. A ces dernières périodes les vaisseaux ont atteint ses parois ; on les voit ramper à leur surface. De là ils pénètrent à leur intérieur, se répandant en rameaux variqueux sur sa surface interne, qui prend dès lors un aspect chagriné, de lisse et polie qu'elle était aux premières périodes.

Le contenu du kyste est constitué à l'état normal par les hydatides et un liquide interstitiel, transparent, limpide comme celui des hydatides, ne contenant que des traces d'albumine. Mais, lorsque l'inflammation a envahi le kyste, on ne trouve plus dans son intérieur

qu'un liquide puriforme, épais, trouble et fortement albumineux, au sein duquel nagent les détritits des hydatides flétries.

Lorsque le kyste est volumineux, le lobe droit du foie est atrophié ; et si la compression a porté aussi sur la vésicule biliaire, on la trouve ratatinée et méconnaissable. Par contre, le lobe gauche est constamment hypertrophié. Il s'est fait de ce côté un travail compensateur qui a amené la multiplication des éléments glandulaires. Tandis que le lobe droit a presque entièrement disparu, le lobe gauche a considérablement augmenté de volume.

Autour du kyste, le tissu hépatique est plus ou moins altéré suivant la marche de la maladie. A l'état chronique, outre les lésions de l'atrophie, il présente les lésions de la congestion chronique du foie muscade. A l'état aigu, lorsque la suppuration qui a envahi le kyste a gagné son tissu, les lésions sont celles de l'hépatite suppurée. On trouve des ulcérations plus ou moins étendues qui donnent passage au pus jusque dans les cavités voisines. Les canaux biliaires, ulcérés à leur tour, s'ouvrent dans le kyste rompu.

Lésions de la plèvre. — Lorsqu'on ouvre le thorax d'un individu qui a succombé à l'ouverture d'un kyste hydatique dans la plèvre, on trouve en général les altérations qu'on observe habituellement dans toute pleurésie purulente.

La cavité pleurale est tapissée de fausses membranes plus ou moins épaisses et consistantes. Elle contient du liquide et des débris d'hydatides.

Le liquide qui s'écoule de la plèvre est plus ou moins abondant, et constitué par une sérosité citrine, ou bien par du pus. Presque jamais on ne trouve à ce liquide les caractères de limpidité et de transparence parfaites du liquide hydatique. C'est que, en effet, c'est presque toujours un kyste suppuré qui s'ouvre dans la plèvre. La plupart du temps on n'aura qu'un liquide purulent en quantité variable, contenant habituellement des vésicules hydatiques. Celles-ci peuvent

être en très-grand nombre : leur volume varie de la grosseur d'une noisette à celui d'une grosse orange. Leur coloration est presque constamment jaune, ce qui tient évidemment à la présence fréquente de la bile dans l'intérieur de la cavité kystique.

L'odeur du liquide pleural est souvent fétide et stercorale, s'il est arrivé que le kyste communique avec le tube intestinal.

Le poumon est toujours ratatiné, refoulé plus ou moins haut dans la cavité pleurale, comme dans tout épanchement pleurétique abondant ; lorsque le liquide est en quantité considérable, il est appliqué contre la colonne vertébrale et entouré d'une véritable coque de fausses membranes.

Lorsque le liquide kystique a été évacué secondairement par les bronches, on trouve des perforations pulmonaires ; celles-ci peuvent n'être pas très-apparentes lorsque leur calibre est étroit, mais leur situation peut être facilement révélée par l'insufflation.

La perforation qui fait communiquer la cavité du kyste avec celle de la plèvre est le plus ordinairement circulaire, plus ou moins régulière, d'un diamètre d'un ou deux centimètres.

Dans les cas où le kyste s'ouvre directement dans le poumon et les bronches, nous avons à considérer la fistule, ses orifices, l'état du poumon, l'état des bronches et des vaisseaux pulmonaires.

La fistule est pour ainsi dire creusée à travers les adhérences qui relient le poumon à la cavité kystique. Ces adhérences sont plus ou moins résistantes selon leur ancienneté ; elles existent sur toute la surface qui avoisine le kyste, ou bien elles sont limitées à l'endroit où s'est fait la rupture.

Lorsque la communication est immédiate, par suite d'un accollement complet, la fistule se réduit à un ou plusieurs orifices seulement, sans véritable trajet, surtout si le poumon est creusé d'une cavité tout à fait à sa base. Il peut alors n'exister qu'un simple petit puits d'un diamètre d'une sonde cannelée, ou une déchirure du diamètre d'une pièce de cinq francs en argent.

Quelquefois, au lieu d'avoir un trajet direct du kyste au poumon, il existe, au-dessus ou au-dessous du diaphragme, une cavité intermédiaire circonscrite elle-même par de fausses membranes, comme celle qui est décrite dans l'observation de Trousseau.

D'autres fois encore, au lieu de cette ouverture directe du kyste dans les bronches, on voit un trajet fistuleux traverser le poumon dans une certaine étendue, pour n'entrer en communication avec les bronches que plus haut dans le lobe moyen.

L'état du poumon refoulé plus ou moins haut dans la cavité du thorax varie beaucoup.

A l'endroit qui correspond à la rupture, le tissu pulmonaire détruit laisse voir souvent une véritable caverne pouvant varier du volume d'une noisette à celui du poing. Ces cavernes rappellent en tout point les cavernes tuberculeuses avec leurs anfractuosités et leurs tractus fibreux. Comme elles, elles contiennent un pus grisâtre ordinairement très-fétide, souvent mêlé de débris de tissu pulmonaire sphacélé. On y trouve en plus des débris d'hydatides facilement reconnaissables. Leur ressemblance est si frappante qu'on a pu les confondre à l'autopsie, et prendre pour de véritables cavernes tuberculeuses les excavations qui n'étaient que la conséquence de la rupture du kyste.

Dans ces excavations, viennent s'aboucher une ou plusieurs bronches de différent calibre. Parfois elles s'ouvrent directement sur leur paroi ; d'autres fois, au contraire, on les voit décrire des sinuosités à l'intérieur de l'excavation, dénudées, disséquées pour ainsi dire par le travail ulcératif, et ne s'ouvrir qu'après un trajet d'un ou deux centimètres.

L'état des vaisseaux et du tissu pulmonaire périphérique a été peu étudié.

Quant à la muqueuse des bronches et de la trachée, irritée par le passage des matières purulentes mêlées aux éléments biliaires, on la trouve la plupart du temps fortement injectée, épaissie, d'un aspect lie de vin.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

On a dit que les kystes du foie n'avaient pas de symptômes, et on a même fait un caractère spécial de ces tumeurs. C'est que, en effet, les kystes ont moins des symptômes à eux propres que des symptômes de voisinage. Ce qui fait la symptomatologie, c'est moins la nature de l'affection que son siège. Tant que le kyste garde un petit volume, l'organisme le supporte sans réaction, et on a trouvé maintes fois à l'autopsie des kystes hydatiques passés inaperçus durant la vie. Ils peuvent même acquérir un volume assez considérable, déformer les parois, dévier jusqu'à un certain point les organes, sans troubler en rien l'état général, et sans empêcher les diverses fonctions de s'accomplir. Ce n'est que dans les dernières périodes, quand le kyste a envahi le thorax en grande partie, qu'il comprime les vaisseaux ou que l'inflammation le gagne, qu'une symptomatologie apparaît. Notre malade était revenu depuis longtemps d'Afrique, sans qu'il eût à s'apercevoir de sa maladie. Les premiers symptômes qu'il accusa se rapportent à l'inflammation du tissu glandulaire périphérique.

On comprend, dans ces cas, combien serait difficile et malaisé le diagnostic d'un kyste à son début, dont la grosseur ne dépasserait pas celle du poing.

Les symptômes que nous allons décrire se rapportent donc plutôt aux kystes volumineux de la face convexe du foie, arrivés à leur der-

nière période, au moment où leur rupture va se faire. Nous diviserons cette description en trois parties :

Dans la première, nous étudierons les symptômes se rapportant au kyste avant sa rupture.

Dans la deuxième, ceux se rapportant à la rupture.

Dans la troisième, les symptômes consécutifs à la rupture.

A. AVANT LA RUPTURE. — L'étude des symptômes qui font reconnaître l'existence du kyste doit être faite avec soin, parce qu'elle influe d'une façon prépondérante sur le diagnostic à toutes les périodes de l'affection.

Certainement on aurait tort de s'attendre à trouver, dans cette maladie, une symptomatologie constante, conduisant inévitablement au diagnostic ; nous avons déjà vu combien les kystes hydatiques avaient peu de symptômes à eux propres ; mais encore existe-t-il certains signes fonctionnels ou physiques d'une fréquence et d'une signification assez grande pour qu'ils méritent d'être étudiés avec soin. Ce sont ceux-là surtout que nous nous efforcerons de mettre en relief.

Symptômes fonctionnels. — Les troubles fonctionnels résultent des relations de contiguïté du kyste avec le foie, et par son intermédiaire avec les organes thoraciques, lorsqu'il est développé sur la face convexe de l'organe. Ils ont par eux-mêmes peu d'importance et pourraient s'appliquer aux diverses tumeurs de la même région ; aussi nous ne nous y arrêterons pas longtemps.

Ce sont des troubles digestifs ordinairement peu prononcés : digestions laborieuses, nausées, par intervalles vomissements comme chez notre malade, diarrhée ou constipation ; des douleurs vagues assez fugaces, se montrant ordinairement par accès et mal localisées ; une sensation de pesanteur, de trop-plein qui force les malades à desserrer leurs vêtements.

C'est de l'ictère, symptôme qui, sans être commun, n'est pourtant pas si rare que quelques auteurs le prétendent. Il peut être plus ou moins intense, plus ou moins foncé, et il est le résultat tantôt de l'inflammation qui s'est développée dans la substance même du foie, comme cela a eu lieu chez notre malade, tantôt de l'obstacle apporté au cours de la bile dans les canaux biliaires, soit qu'une tumeur kystique exerce une compression sur les conduits biliaires, et alors cette compression peut amener l'atrophie partielle ou totale de la vésicule du fiel; soit que les hydatides engagées dans l'intérieur de ces conduits les aient oblitérés; soit enfin que les canaux, la vésicule biliaire elle-même, aient été complètement détruits.

L'ascite et l'œdème des membres inférieurs, par compression des vaisseaux veineux, ne s'observent aussi que rarement. Quant aux dilatations variqueuses des veines sous-cutanées de l'abdomen, elles n'ont guère d'importance par elles-mêmes, et ne font qu'annoncer une gêne dans la circulation profonde, sans indiquer à quoi elle est due.

L'hépatite plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue, est provoquée ou par la présence d'un kyste très-volumineux, ou par le développement très-rapide de la tumeur. Elle peut survenir accidentellement, soit par suite d'une violence intérieure, comme un effort, un coup; soit consécutivement à une intervention médicale, telle qu'une ponction.

Cette inflammation aboutit souvent à la suppuration, phénomène qui s'annonce par un mouvement fébrile très-vif; par des douleurs aiguës que le malade éprouve dans toute la région, alors que jusqu'ici il n'avait accusé que des douleurs obtuses. En même temps une teinte subictérique, quelquefois un ictère très-foncé, sont l'indice de cette participation du foie à l'inflammation. Toute cette symptomatologie a été très-manifeste dans notre cas.

Du côté du thorax, la dyspnée, les palpitations, sont la conséquence de la compression exercée par la tumeur sur le poumon et le cœur, dont ils gênent le fonctionnement.

Il faut ajouter à tout cela un état général très-altéré : l'amaigrissement, la décoloration des tissus, en même temps qu'une tendance aux hémorrhagies, se traduisant par des épistaxis ou des crachements de sang comme chez notre malade, témoignent de la cachexie dans laquelle est tombé l'individu.

Davaine a également noté une tendance à la gangrène : c'est peut-être cette prédisposition qui, favorisée par la compression, fait que des portions de tissu pulmonaire se mortifient : fait souvent observé.

Tels sont les signes fonctionnels auxquels donne lieu l'affection hydatique. On voit, en somme, qu'il n'y en a parmi eux aucun qui puisse être regardé comme pathogneumonique. Tous se rapportent à une tumeur de l'hypochondre, sans qu'ils puissent faire préjuger en rien la nature de cette tumeur.

Symptômes physiques. — Voyons si nous trouverons dans les signes physiques de meilleurs moyens de diagnostic. Ces signes sont fournis par les divers procédés d'investigation tels que : l'inspection, la palpation et la percussion.

A l'inspection, on constate une voussure de l'hypochondre droit, s'étendant souvent jusqu'à l'épigastre, les pressions que subit le kyste le forçant à faire saillie de ce côté, descendant aussi plus ou moins vers la fosse iliaque et donnant à cette partie de l'abdomen un relief qui tranche avec les parties voisines. Pour peu que la tumeur soit volumineuse, la partie inférieure du thorax est évasée, les dernières fausses côtes sont déjetées en dehors, en même temps que les espaces intercostaux correspondants sont dilatés et souvent même bombés.

La palpation permet d'aller plus loin ; son rôle est important ; aussi, nous y arrêterons-nous davantage.

On devra mettre ici à profit les préceptes que Râcle expose dans son *Traité du Diagnostic* : on devra pratiquer le palper avec modération et beaucoup de légèreté de main, surtout pendant les premiers moments de l'exploration. A ces conditions seulement, on obtiendra de bons

résultats. Il faut éviter une compression subite qui déterminerait une contraction réflexe des muscles abdominaux et rendrait tout examen impossible. Il ne faut pas non plus qu'elle soit violente, car elle pourrait irriter le kyste et provoquer son inflammation.

La position à faire prendre au malade est celle qu'on emploie toujours lorsqu'on veut pratiquer le palper abdominal : les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci légèrement sur le bassin. Le malade respirera librement, la bouche ouverte. Dans le cas particulier, il sera légèrement couché sur le côté gauche, son dos appuyant sur un coussin. Dans ces conditions, la palpation peut fournir de bons renseignements.

Dans le cas de kyste du foie, on sent le plus souvent une tumeur plus ou moins irrégulière faisant saillir l'hypochondre et relevant les dernières côtes. Cette tumeur est élastique, elle se continue en haut avec le foie ordinairement lisse, elle peut quelquefois cependant se terminer en bosses arrondies. De plus, cette tumeur suit les mouvements du foie, et, comme lui, s'élève ou s'abaisse avec le diaphragme quand le malade respire. Si, à la faveur de forts mouvements respiratoires, on peut glisser ses doigts sous les côtes, on sent le sillon séparant le foie de la tumeur.

La pression, même assez forte, ne détermine pas de douleur. La palpation peut faire aussi sentir la fluctuation et le frémissement hydatique ; mais ces deux symptômes sont mieux appréciés par la percussion. Nous les décrirons avec elle.

Percussion. — La percussion donne de bons renseignements sur le volume de la tumeur et les déviations qu'elle fait subir aux organes.

Par elle, on perçoit la matité qui circonscrit assez bien la région occupée par le kyste et le foie plus ou moins refoulés. Cette matité n'offre pas toujours les mêmes caractères. Souvent elle est franche et sans discontinuité entre le foie et le kyste ; mais il arrive quelquefois qu'une mince lame de poumon sépare celui-ci de la paroi thoracique, et on a alors une submatité au lieu d'une matité complète. Les anses intestinales peuvent également s'interposer entre le foie et la paroi

abdominale et donner lieu à de fausses indications. Voilà pourquoi il faudra percuter le malade à plusieurs reprises, tantôt dans le décubitus dorsal, tantôt dans le décubitus latéral. On devra aussi essayer de réduire les anses qui peuvent faire obstacle.

Malgré l'importance de ces signes, les meilleurs que fournit la percussion sont encore la fluctuation et le frémissement hydatique.

Fluctuation. — Si l'on se fait une idée exacte de la fluctuation et si l'on connaît bien les conditions nécessaires pour qu'elle se produise, on comprendra sans peine les variations qu'elle peut subir avec les différents états du kyste. Nous avons vu, en effet, que le kyste n'avait pas toujours la même constitution, soit dans sa membrane d'enveloppe, soit dans son contenu. Au lieu de rester cellulaire ou fibreuse, mince et élastique, nous avons vu cette membrane s'épaissir avec le temps, se vasculariser et perdre son élasticité, souvent même se durcir par places et prendre un aspect cartilagineux ou crétacé. Le contenu liquide peut lui-même être plus ou moins abondant, plus ou moins fluide. Ce sont là autant de modifications qui influent sur la fluctuation.

Avec un kyste à membrane d'enveloppe peu épaisse et contenant un liquide fluide et abondant, on percevra une fluctuation parfaite et très-prononcée. Mais dans le cas où l'enveloppe est épaissie, où le liquide est peu abondant et de consistance sirupeuse, au lieu d'une fluctuation la percussion ne donnera plus qu'une sensation d'empâtement, de mollesse, de fausse fluctuation.

Lorsque la chose est possible, plusieurs méthodes peuvent être mises en usage pour obtenir ce phénomène.

On peut, comme dans l'ascite, la percevoir en appliquant une main sur la tumeur qu'on percute de l'autre, ou bien encore en appliquant une main en arrière sur l'hypochondre, l'autre en avant, et en imprimant de petites secousses successives à la tumeur.

Il est facile d'apprécier tous les avantages qu'on peut retirer de ce mode d'investigation ; on devra toujours le mettre en usage.

Frémissement. — C'est Briançon qui, le premier, a étudié ce symptôme important et pour ainsi dire pathogneauonique de l'affection hydatique. Après lui, plusieurs auteurs l'ont perçu et étudié à leur tour. Ils en donnent tous une description à peu près analogue, comparant ce frémissement, les uns au frémissement d'un corps en vibration (Briançon), les autres aux vibrations de la gélatine concrète (Piorry,) aux oscillations du timbre d'une montre à répétition (Davaine), aux vibrations d'un sommier (Sadde). Cette coïncidence d'opinions suffit à prouver la réalité du phénomène. Il serait donc difficile de nier son existence ; pourtant, il arrive si rarement qu'on puisse le percevoir que quelques auteurs ont pu le nier (Cruveilhier. *Dict. de Méd. et de Chir.*).

Quant à la façon de l'obtenir, voici comment le décrivent ceux qui l'ont étudié : « On applique la paume de la main sur la tumeur en appuyant légèrement ; on donne un coup sec et rapide de l'autre main sur la première ; immédiatement après, on sent sous celle-ci des vibrations ayant lieu dans toute la masse et se prolongeant avec une intensité décroissante pour disparaître bientôt complètement et se renouveler à chaque percussion. »

Si plusieurs ont pu percevoir ce phénomène, peu ont pu en donner une explication suffisante. On n'a guère pu faire jusqu'à aujourd'hui que des hypothèses plus ou moins probables. Les uns ont dit qu'il était dû à la collision des hydatides entre elles ; mais on a perçu le mouvement alors qu'il n'y avait qu'une seule hydatide. Il est probable que les conditions de sa production sont multiples. Il faut les chercher dans l'élasticité de la paroi kystique et dans la fluidité plus ou moins grande du contenu.

Quoi qu'il en soit, ce signe est de la plus haute importance. Il n'est pourtant pas pathogneauonique de l'affection hydatique, comme on serait porté à le croire. Peter dit l'avoir constaté dans des cas de cancer.

B. AU MOMENT DE LA RUPTURE. — La rupture des kystes de la face

convexe du foie se fait le plus habituellement dans la plèvre ou dans les poumons. Il peut arriver aussi qu'ils se rompent dans le péritoine, dans le péricarde et dans les vaisseaux ; mais ces cas sont exceptionnels, ils sont d'ailleurs promptement suivis de mort. Aussi ne les comprenons-nous pas dans notre description. La symptomatologie que nous allons décrire se rapporte exclusivement à la rupture du kyste dans le poumon et dans la plèvre. C'est d'ailleurs d'un cas semblable qu'il s'agit dans notre observation.

Rupture dans la plèvre. — La rupture du kyste dans la plèvre s'annonce d'une façon brusque par une douleur subite caractéristique et une dyspnée intense. La douleur occasionnée par la rupture offre l'analogie la plus complète avec la douleur initiale de l'hydropneumothorax. Comme elle, elle est très-vive, lancinante et arrachant des gémissements au malade : elle résulte de la perforation même et de la distension brusque de la plèvre, lorsque l'épanchement est d'emblée très-abondant. Avec cette douleur, le malade éprouve la sensation d'une déchirure produite dans l'intérieur de la poitrine. La dyspnée, très-intense dès le début, atteint le degré de l'orthopnée. Elle résulte de la compression subite d'un des poumons et de la fluxion compensatrice souvent accompagnée d'œdème qui envahit l'autre poumon ; on pourrait dire qu'il y a là une insuffisance pulmonaire aiguë.

Cette douleur résulte encore de l'inflammation qui s'empare aussitôt des feuillets de la plèvre. Les filets nerveux des parois latérales et ceux du phrénique dans la région du diaphragme sont très-douloureux par le fait de l'inflammation ; le mouvement respiratoire exagère cette douleur et la rend intolérable à ce point que le malade n'ose plus respirer.

Le décubitus sur le côté gauche, que la douleur force le malade à prendre, intervient aussi pour augmenter cette dyspnée. Dans cet état, le malade a la voix tremblante ; la toux et l'expectoration sont

presque impossibles ; les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, fréquent, puis surviennent des lipothymies et la mort dans la plupart des cas.

Rarement le malade survit à cet état ; il meurt le plus souvent avant même qu'on ait eu le temps de l'ausculter. Si pourtant il lui arrive de vivre encore quelque temps, l'examen de la poitrine fournira des symptômes très-importants. Cette étude trouvera sa place dans le paragraphe suivant.

Rupture dans les bronches. — Au moment de la rupture du kyste dans les bronches, le malade éprouve encore une douleur particulière et de la dyspnée comme lorsqu'il se rompt dans la plèvre ; mais ici ces deux symptômes sont beaucoup moins intenses. Au lieu de cette douleur violente et atroce, le malade éprouve bien une sensation de déchirure, mais la douleur qui l'accompagne est en somme très-supportable ; la dyspnée n'est pas non plus aussi intense, car elle a des causes toutes différentes et beaucoup moins puissantes. Ici, le poumon, au lieu d'être comprimé de façon à rétrécir le champ de l'hématose, tend au contraire à se dilater, prenant la place du liquide qui fuse dans les bronches et est rejeté au dehors. La douleur intense siégeant dans la plèvre et le diaphragme manque aussi, et, comme cause de dyspnée, il ne reste en somme que l'irritation provoquée par la présence du liquide altéré dans les bronches, et la toux qu'elle provoque. Bien plus, la dyspnée et la toux peuvent manquer, et on a vu des malades rendre d'énormes quantités de liquide sans la moindre souffrance, sous forme de simple expectoration.

Dans tous les cas, on ne retrouve pas ici cette marche foudroyante qui caractérise la rupture du kyste dans la plèvre. Au contraire, c'est plutôt là un heureux moyen qu'emploie la nature pour arriver à la guérison complète de l'affection. Il arrive souvent, en effet, que le kyste se vide à travers les bronches et qu'il intervient ensuite un travail de

réparation qui ne tarde pas à rendre au malade la santé. Nous avons vu dans notre observation que la douleur ressentie par le malade était en somme supportable et qu'il a pu triompher de la dyspnée. Ce qui porte à croire que le kyste s'est rompu dans le poumon après adhérence préalable des feuillets de la plèvre.

C. APRÈS LA RUPTURE. — Les symptômes fournis par le malade après la rupture du kyste dans la plèvre peuvent être en tous points comparés à ceux d'un épanchement pleurétique : dilatation du côté droit, effacement des espaces intercostaux, absence de vibrations thoraciques, déviation à gauche du cœur, matité à la percussion, avec son skodique à la région sous-claviculaire, absence de murmure vésiculaire, souffle bronchique, égophonie, etc. Les symptômes généraux ne tardent pas à s'aggraver, la fièvre s'allume, le pouls s'accélère, la température s'élève, de petits frissons surviennent et se répètent, surtout le soir. Les malades maigrissent, leurs faciès s'altèrent, la diarrhée peut survenir et enfin la mort, soit brusquement, soit par les progrès mêmes de la fièvre hectique. Dans quelques cas rares, un processus différent peut s'établir. Il peut arriver que le liquide épanché dans la cavité pleurale soit évacué par les bronches, une perforation pulmonaire s'étant établie. On verra alors survenir une expectoration particulière et les signes physiques du pneumothorax et de l'hydropneumothorax. L'expectoration consiste en un liquide purulent, quelquefois teint en jaune par la bile, d'une saveur très-amère, ne renfermant jamais de lambeaux d'hydatides et s'effectuant parfois sous forme de véritables vomiques. — Ce n'est pas ce qui a eu lieu chez notre malade. — Les signes physiques sont modifiés par la présence de l'air. On perçoit alors une augmentation de la sonorité là où l'on percevait la matité, du souffle, de la toux amphorique et quelquefois de la succussion hippocratique. La mort est encore la suite de cet état de choses, et les quelques cas de guérison obtenus sont dus à une intervention chirurgicale héroïque : l'empyème.

Presque immédiatement après la rupture du kyste dans les bron-

ches, survient une toux quinteuse. Si la dyspnée et la douleur manquent quelquefois, la toux est un symptôme constant, de même que l'expectoration qui l'accompagne. Elle est provoquée par la présence du liquide kystique dans les bronches. Au lieu d'être petite et sèche comme celle qui précède la rupture, elle est quinteuse, pénible, augmentant beaucoup la douleur et la dyspnée. Les quintes reviennent plus ou moins souvent dans la journée et se terminent par une expectoration plus ou moins abondante ; ce fait a été observé chez notre malade. Les caractères de cette expectoration sont des plus importants pour le diagnostic, aussi les trouvons-nous signalés et décrits avec beaucoup de soin dans notre observation.

Quelquefois c'est un liquide clair et transparent qui est rejeté ; il est alors de la plus haute importance pour le diagnostic, car il est pathogénomique de l'affection hydatique. Malheureusement, il n'a que rarement cet aspect ; le plus souvent, il est altéré par la suppuration du kyste, c'est alors un liquide puriforme souvent mélangé de bile et dans lequel on peut voir des débris de vésicules hydatiques ou bien encore des vésicules entières.

Sa coloration varie avec sa nature. Quand il est purulent sans mélange de bile, il est grisâtre ou légèrement verdâtre. Mais le plus souvent il est jaune avec toutes les variations du jaune au vert. L'odeur n'est pas toujours signalée dans les observations, mais on comprend que lorsque la gangrène envahit le poumon, comme il arrive fréquemment, l'odeur devient fétide, gangréneuse, insupportable. Le plus souvent elle restera fade, comme toute expectoration purulente.

La saveur est caractérisée par une amertume souvent très-intense et signalée dans tous les auteurs. Elle affecte péniblement les malades qui tous s'en plaignent beaucoup ; elle est évidemment due à la présence de la bile, présence que démontrent la coloration des crachats et leur analyse chimique. La présence de la bile semblé constante, quoique difficile quelquefois à constater.

Son passage à travers le poumon donne-t-il lieu à des altérations

spéciales ? On a prétendu que c'était elle qui provoquait la gangrène du poumon ; mais comment expliquer alors ces cas où il existe des quantités considérables de bile dans les matières expectorées sans la moindre trace d'affection gangréneuse du tissu pulmonaire ? Il nous paraîtrait plus juste de rapporter cette gangrène à la prédisposition toute particulière du sujet affecté d'hydatides, prédisposition signalée par Davaine.

A l'examen du malade, on constate la persistance du gonflement de l'hypochondre ; les fausses côtes sont encore plus ou moins rejetées au dehors, mais si l'on a l'occasion de visiter le malade avant la rupture, on peut remarquer qu'il s'est fait un léger affaissement de la région.

La palpation fait reconnaître la persistance du déplacement du foie, mais elle donne la sensation d'une résistance moins élastique, la tumeur se laisse davantage déprimer, et l'on peut quelquefois sentir une légère fluctuation.

La percussion donne des renseignements variables dépendant de la disposition des parties. Lorsque le kyste empiète surtout sur la région antérieure du poumon, la percussion révèle une matité prononcée de ce côté, tandis que la région postérieure plus ou moins comprimée révélera une résonnance plus ou moins marquée. Lorsque, au contraire, c'est dans cette région postérieure qu'est la matité, la sonorité siège en avant. Les limites de ces signes n'ont rien de fixe ; elles sont modifiées, et cela se conçoit, par le développement plus ou moins considérable du kyste. Chez notre malade, la matité semblait uniforme dans tout le tiers inférieur, ce qui dénote un kyste volumineux. Quelquefois, à la place de la matité, on a trouvé une sonorité exagérée. C'est que, dans ce cas, le kyste s'étant à peu près complètement vidé, l'air avait pris la place du liquide, d'où la formation d'une véritable caverne que révélait l'autopsie. La substitution d'une sonorité exagérée à une matité absolue s'explique alors d'elle-même.

La percussion n'a jamais fait percevoir, après la rupture du kyste,

le frémissement hydatique qu'on était pourtant en droit de s'attendre à trouver. Dans aucune observation, on ne le trouve noté. Ce fait n'a rien de surprenant si l'on songe combien il arrive rarement que ce signe se manifeste, et si l'on songe aussi à l'altération qu'a subie le kyste depuis qu'il a été envahi par la suppuration ; au lieu du liquide transparent et homogène de l'hydatide encore intacte, il n'y a plus dans le kyste qu'un liquide purulent souillé par des débris d'hydatides mortes. Où sont dès lors les conditions du frémissement ; si surtout on en fait une dépendance de la fluidité et de l'état moléculaire spécial du liquide hydatique ?

Les signes fournis par l'auscultation offrent les mêmes caractères de variété et de variabilité que ceux fournis par la percussion. La raison de ceci résidera encore dans les différences de disposition et d'altération que peuvent présenter les parties. Le développement plus ou moins considérable du kyste, sa communication plus ou moins facile avec les bronches, et par suite l'accès plus ou moins libre de l'air dans la cavité, seront autant de causes qui feront varier les signes stéthoscopiques.

Le kyste est-il volumineux, comprime-t-il le poumon ? l'absence de murmure vésiculaire, du souffle bronchique, sera perçu dans une étendue plus ou moins grande. La communication du kyste avec les bronches se fait-elle largement ? on pourra constater tous les signes de grandes cavernes : souffle amphorique, gargouillement. Le poumon est-il moins compromis et la communication se fait-elle par une simple fistule étroite ? Les symptômes stéthoscopiques seront pour ainsi dire négatifs. Ils resteront à peu près ce qu'ils étaient avant la rupture. Dans notre cas, l'absence de tout bruit à la base du poumon nous a convaincu qu'il n'y avait pas communication entre les bronches et le kyste.

CHAPITRE VI

MARCHE. — TERMINAISON. — DURÉE. — PRONOSTIC

Nous réunissons la marche, la terminaison, la durée et le pronostic dans un même chapitre, parce que tout ce que nous pourrions dire à leur sujet a été déjà dit en grande partie dans la description des symptômes ; de sorte que nous croyons peu utile d'entrer dans de longs développements.

La marche de l'affection hydatique n'est en rien comparable à la marche des maladies aiguës. Son allure est sourde, masquée par le défaut de réaction de l'organisme ; mais elle n'en est pas moins envahissante. Le malade reste longtemps sans avoir conscience de son état ; mais tôt ou tard son attention est éveillée, et dès lors les progrès de la maladie prennent une allure rapide.

Rarement on a vu le kyste rester stationnaire ; pourtant le fait a été observé : il arrive dans ce cas que la dégénérescence graisseuse envahit la tumeur. Elle est dès lors transformée en une tumeur athéromateuse incapable de progresser.

Le plus souvent son volume va toujours en augmentant, jusqu'à ce que les parties irritées s'enflamment, entrent en suppuration, et qu'un travail d'élimination vienne délivrer ou tuer le malade. Quelquefois, en effet, ce travail se fait d'une façon heureuse ; le kyste suppuré s'ouvre une voie au dehors après adhérence préalable des feuillets du péritoine, ou bien encore il se vide dans l'estomac ou dans les bron-

ches, et dans ces cas le malade peut guérir. Un travail de réparation survient qui met les choses dans leur état normal. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive plus souvent que le kyste se vide dans le péritoine, ou la plèvre ou même le péricarde ; que le tissu hépatique entre lui-même en suppuration, et l'issue de ces accidents est toujours fatale.

La durée de la maladie ne présente pas un cycle constant. On a vu des malades supporter leur kyste sans accidents pendant vingt-cinq et trente ans ; mais ce sont là des faits exceptionnels. Moins rarement il arrive qu'elle dure deux ou trois ans : la moyenne est de dix-huit mois à deux ans.

Quant au pronostic, on ne peut dire dans aucun cas qu'il soit bénin. Il faut toujours s'attendre à des accidents graves, accidents qui, s'ils n'emportent pas le malade, lui feront subir de grands dangers, et lui laisseront une santé fortement altérée.

Dans la plupart des cas, on peut dire que la mort est le terme fatal de l'affection hydatique du foie. Ce pronostic n'est atténué que par les cas bien rares où la guérison a été obtenue par la dégénérescence graisseuse du kyste, par son ouverture dans les bronches ou l'estomac, ou bien encore par une opération grave, l'ouverture artificielle du kyste, et dans quelques cas l'empyème.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

On peut avoir à faire le diagnostic du kyste hydatique à différentes périodes de son évolution : pendant qu'il est encore intact, pendant qu'il suppure, et lorsqu'il s'est rompu.

A ces différentes phases, il peut être confondu avec un certain nombre d'autres affections, dont il importe de bien le séparer.

PENDANT QU'IL EST ENCORE INTACT. — Il offre des caractères de similitude :

1° *Avec les affections de la paroi abdominale.* — Cependant la position superficielle de ces tumeurs est facilement reconnue par un palper méthodique qui les sépare nettement du foie. Elles sont le plus souvent adhérentes à la peau ; elles suivent le mouvement des côtes si c'est sur elles qu'elles ont pris naissance.

2° *Avec une péritonite enkystée entre le diaphragme et le foie.* — On se servira, pour différencier le kyste de cette affection, des

commémoratifs, qui presque toujours feront découvrir l'existence antérieure d'une péritonite à ce niveau.

3° *Avec l'ascite.* — Dans le cas où le kyste, ayant acquis un très-grand volume, a refoulé le foie plus ou moins bas dans le flanc, la forme globuleuse du côté droit pourrait faire songer à une ascite. Nous parlons de l'ascite dont le médecin n'a pas eu l'occasion de connaître antérieurement la cause ; car si on a pu assister à son développement, le diagnostic différentiel n'est plus à faire. Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement déjà effectué, et que, par suite, tout moyen d'exploration est devenu impossible, comment pourra-t-on s'assurer qu'on a réellement affaire à un kyste hydatique et non pas à une ascite ?

La forme même de l'abdomen fournira déjà de bonnes indications. Dans l'ascite, le ventre, quoique volumineux, est aplati en forme d'outre, tandis que, dans le cas de kyste du foie, il est bombé en haut et à droite. De plus, la matité n'arrive pas tout à fait en bas, et sa limite est tracée par une ligne concave en bas, tandis qu'elle est convexe dans l'ascite. Dans l'ascite encore, le liquide se déplace lorsqu'on fait changer le malade de position, tandis qu'il garde une position fixe quand on a affaire à un kyste. De plus, si l'on percute du haut en bas, voici ce qu'on trouve : d'abord une matité avec sensation de fluctuation, puis de la matité encore, mais sans fluctuation, et, en dernier lieu, une sonorité plus ou moins prononcée.

Ce diagnostic n'est pourtant pas toujours aussi facile. Il arrive quelquefois, en effet, que le kyste, ayant acquis un volume considérable, comprime les vaisseaux veineux profonds, et qu'une ascite consécutive coexiste avec la tumeur hydatique. Dans ces cas, rares il faut le dire, le diagnostic différentiel est toujours très-difficile. Il ne pourra guère être fait qu'après qu'on aura préalablement vidé le péritoine de son contenu par une ponction.

Pourtant si le liquide est peu abondant et si, en faisant prendre une

position convenable au malade, on déplace ce liquide vers le côté gauche, on peut se convaincre qu'il persiste au niveau de l'hypochondre une matité occupant encore une étendue anormale.

4° *Avec le carcinome du foie.* — Cette affection donne lieu à des symptômes autant physiques que rationnels offrant une grande similitude avec ceux de l'affection hydatique. L'augmentation de volume du foie, la forme globuleuse de l'hypochondre, souvent même une fausse fluctuation, un faux frémissement, peuvent induire en erreur.

Heureusement, cette similitude n'est pas toujours aussi complète. Il arrive rarement qu'on perçoive avec le cancer la fluctuation franche que donne presque toujours l'hydatide, et la pression provoque dans ces cas une douleur vive que l'on n'obtient jamais avec les kystes. Enfin l'âge du malade, son état général, rapidement débilité dans le cancer, fourniront les derniers éléments.

5° *Avec une hypertrophie de la glande.* — Dans bon nombre de maladies, celles du cœur surtout, et celles de nature infectieuse, les fièvres intermittentes par exemple, il arrive souvent que le foie s'hypertrophie, que son volume augmente du double et du triple. L'hypochondre subit alors des changements de forme qui pourraient faire songer à un kyste hydatique. La ressemblance pourtant n'est que superficielle. Jamais dans un cas d'hypertrophie on ne constate la fluctuation ni le frémissement de la tumeur. Et si on se livre à un examen attentif du malade, presque toujours on trouvera l'explication de cette hypertrophie. Rarement, en effet, il arrive qu'elle soit idiopathique.

6° *Avec un kyste séreux.* — Cette affection est si rare, et modifie si peu le pronostic et le traitement que l'erreur est sans importance. Avouons, pourtant, qu'on peut la commettre faci-

lement, vu l'analogie complète qui existe dans les signes de ces deux affections.

7° *Avec un épanchement pleurétique.* — C'est, sans contredit, le diagnostic qui présente le plus de difficultés.

Le kyste, en se développant aux dépens de la cavité thoracique, remonte quelquefois très-haut, soit en déprimant le diaphragme, soit en passant à travers ses fibres dissociées par la pression. On l'a vu remonter jusqu'à la deuxième côte et jusqu'à la clavicule. Les symptômes offrent, dans ces cas, la plus grande analogie avec ceux d'un épanchement pleurétique, tant au point de vue physique qu'au point de vue fonctionnel. Ajoutons à cela qu'il arrive souvent qu'un épanchement se forme dans la plèvre concurremment avec la tumeur hydatique. Dans ces cas, l'analogie est complète, et la difficulté du diagnostic insurmontable. Aussi les auteurs s'appliquent-ils à bien décrire les différences que présentent les deux affections.

Voici ce que dit Trousseau dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu (vol. II, page 25), à propos d'un cas où il eut à faire ce diagnostic, et dont d'ailleurs nous rapportons l'observation : « Sans doute, l'ampliation du thorax peut être sous la dépendance d'un épanchement thoracique, mais il faut admettre alors que cet épanchement est tout à fait enkysté, puisque la saillie est tout à fait limitée aux parties inférieures. Or, déjà, ces pleurésies ne sont pas le fait le plus commun. D'autre part, il faudrait admettre que les parois du kyste sont tellement rigides que la pression du liquide a eu plus facilement raison de l'obstacle formé par les parois thoraciques que de celui formé par le poumon, ce qui n'est pas acceptable. En effet, dans ces pleurésies enkystées, c'est le poumon, le médiastin, le cœur, le diaphragme, qui sont refoulés bien avant que les côtes le soient elles-mêmes ; de plus, je le répète, celles-ci le sont d'une manière uniforme dans toute l'étendue de la cage thoracique du côté correspondant, et non dans un espace limité, comme nous le voyons

ici. L'idée d'un épanchement pleurétique ne supporte donc pas la discussion. »

Ces réflexions de l'éminent clinicien nous paraissent très-justes ; il sera utile de les avoir présentes à l'esprit, chaque fois qu'on se trouvera en présence de cas semblables.

Il existe encore d'autres différences pour l'épanchement en général. Lorsqu'un kyste hydatique envahit la cavité thoracique, ce n'est pas en bloc qu'il soulève le poumon pour le refouler en haut. Il est trop petit pour exercer une compression sur toute la base ; c'est presque toujours aux dépens d'une de ses faces qu'il se développe. De ce rapport il résulte que, si par la percussion on tâche de circonscrire la matité thoracique, on trouve celle-ci figurée par une ligne convexe en haut, ligne donnant déjà l'idée de la forme même de la tumeur. De plus, si, après avoir circonscrit cette matité sur une des faces, on fait la même opération sur la face opposée, la face postérieure par exemple, on trouve que la ligne de démarcation obtenue est à un niveau différent de celui de la ligne antérieure.

Si, encore, on a le soin d'explorer la région hépatique, il arrivera fréquemment de reconnaître un abaissement notable du foie. Retenu en haut par le diaphragme et par la pression intrathoracique, refoulé par les efforts d'expiration, le kyste exercera sur le foie une pression qui le forcera à descendre plus ou moins bas dans l'abdomen malgré la résistance de ses attaches.

Qu'arrive-t-il ? au contraire, lorsque c'est un épanchement pleurétique qui a envahi le thorax ? Nous parlons, bien entendu, de l'épanchement abondant. C'est en bloc que le liquide en rapport avec toute la base du poumon refoulera celui-ci en haut. La surface restera horizontale ou même légèrement concave, remontant plus haut vers la partie postérieure. Ce n'est pas non plus sur la paroi thoracique ni sur le foie que la pression aura prise, mais sur d'autres parties lui offrant moins de résistance : le cœur et le poumon lui-même. Le thorax ne pourra être que légèrement déformé et le foie légèrement abaissé.

Si à ces signes physiques s'ajoute l'état général caractéristique des pleurésies aiguës, la confusion ne sera plus possible.

Mais que dire des cas où l'épanchement d'une pleurésie aiguë coexiste avec la présence d'un kyste hydatique, comme cela s'est vu maintes fois ? Dans ces cas, tous les auteurs en conviennent, le diagnostic est impossible.

SUPPURATION DU KYSTE. — La suppuration du kyste, nous l'avons déjà vu, est presque toujours la conséquence d'une violence extérieure aidée d'une prédisposition particulière des parties, ou bien encore le résultat d'une manœuvre chirurgicale.

Le diagnostic de la nouvelle phase dans laquelle entre l'affection sera différent suivant qu'on aura diagnostiqué ou non le kyste hydatique du foie. Si on a eu l'occasion de faire antérieurement ce diagnostic, voici à quels signes on reconnaîtra que l'inflammation a envahi le kyste :

A la suite d'une violence quelquefois même bien faible, et passée inaperçue, on voit survenir de la fièvre. En même temps, le pouls devient petit, fréquent ; l'hypochondre est le siège de douleurs très-vives que le toucher exagère beaucoup. Souvent, même, surviennent des vomissements, ce qui annonce toujours que la séreuse péritonéale participe à l'inflammation. A cela s'ajoutent des frissons, un faciès spécial, enfin rapidement des signes d'hecticité. Tels sont les symptômes qui feront reconnaître l'inflammation du kyste.

Est-il possible de savoir si l'inflammation siège dans le kyste lui-même, ou bien si c'est le parenchyme du foie qu'elle a envahi. La nuance entre les symptômes dans ces cas est peu marquée. Cependant un ictère intense avec des douleurs vives au niveau du foie, comme nous l'avons constaté chez notre malade, seront les signes probables de l'inflammation du parenchyme. En même temps, les symptômes généraux sont plus prononcés. Si, un abcès s'étant formé, il est permis de le constater par l'apparition d'une nouvelle tumeur molle fluctuante et douloureuse, on sera immédiatement mis sur la voie.

De son côté, la suppuration du kyste s'installe plus sourdement, surtout si l'on n'a pas tenté d'opération. Une légère augmentation de la douleur, quelques frissons, éveilleront seuls l'attention. Si une opération a été tentée, les symptômes seront plus accusés ; mais alors il sera facile de les rattacher à leur véritable cause.

Le diagnostic ne sera pas aussi aisé lorsqu'on n'aura pas eu l'occasion de reconnaître l'existence du kyste quelque temps avant sa suppuration. Dans ces cas, les symptômes généraux attirant seul l'attention, on pourrait commettre des erreurs grossières, si on ne se livrait à un examen sérieux des parties. On cite des cas où ces erreurs ont été commises, où l'on a rapporté à la fièvre typhoïde, par exemple, les symptômes qui trouvaient leur raison dans le foie. (Dumont Pallier *Communication à la société médicale des Hôpitaux*, 27 novembre 1876). Il suffit de signaler ces méprises pour qu'on se tienne sur ses gardes. Un examen attentif des parties ne devra jamais être négligé.

La difficulté est plus sérieuse lorsqu'il s'agit de différencier un kyste suppuré d'un abcès du foie, lorsque surtout une violence quelconque a précédé l'inflammation. On n'aura guère, pour venir en aide, que les commémoratifs qui, il est vrai, peuvent rendre de précieux services.

Enfin, l'intensité, la marche rapide de l'affection, seront plus en faveur d'un abcès. Au contraire, un état subaigu, et surtout une marche presque intermittente, indiqueront plutôt un kyste suppuré. On ne trouvera pas, non plus, une déformation du thorax aussi prononcée. Si, avec cela, on tient compte du climat où on observe, de l'absence ou de la présence des causes de l'abcès : dyssenterie, calculs biliaires, pyohémie, on aura tous les éléments nécessaires pour éviter l'erreur.

Pourra-t-on confondre un kyste suppuré de la face convexe du foie avec une pleurésie purulente de la base ?

Ce que nous pouvons dire à ce sujet, nous l'avons déjà dit en grande partie à propos de la pleurésie non suppurée et enkystée de la base.

Moutard-Martin traite la question dans son ouvrage (*La Pleuré-*

sie purulente et son traitement, Paris, 1872). Comme Trousseau, il fait remarquer que, dans les cas de pleurésie, toute la base du thorax du côté malade participe à la déformation, tandis que celle-ci est localisée dans les cas de kyste hydatique ; finalement, il avoue la difficulté, quelquefois insurmontable, du diagnostic.

Un phénomène qui a été donné comme un bon signe pour reconnaître la pleurésie, c'est l'œdème des parois thoraciques. Quand elle existe, elle se rapporte plutôt à la pleurésie purulente qu'à l'affection hydatique. Finalement, c'est au trocart et à l'examen microscopique qu'on devra s'adresser pour lever tous les doutes.

RUPTURE DU KYSTE. — De même qu'à propos de la description des symptômes nous n'avons eu en vue que ceux qui se rapportent à l'ouverture des kystes dans la plèvre et le poumon, de même, à propos du diagnostic, nous n'aurons en vue que les cas où la rupture s'est faite dans ce sens. Ce sont, en effet, les seuls cas où le diagnostic ait quelque importance, et c'est d'ailleurs tout le sujet de notre Thèse. Si le kyste s'est ouvert dans le péritoine ou le péricarde, une mort rapide enlève le sujet avant même que le médecin ait pu se livrer à un examen attentif.

Dans cette étude, nous passerons en revue les cas où la rupture a lieu dans la plèvre, et ceux où elle se fait dans le poumon, comme chez notre malade. Dans les deux circonstances, nous aurons à établir si c'est bien à un kyste du foie que l'on a affaire ou bien à un kyste du poumon, ou bien encore à un abcès de la glande.

Cadet de Gassicourt, dans sa Thèse inaugurale, l'ouvrage le plus complet qui ait été fait sur la matière, s'exprime ainsi : « Pour diagnostiquer la rupture d'un kyste hydatique dans la cavité pleurale, il faut avant tout avoir diagnostiqué un kyste dans le foie. » C'est qu'en effet il y a une similitude tellement grande entre les symptômes que provoque la rupture du kyste dans la plèvre et ceux de la pleurésie elle-même, que la méprise est éminemment facile, d'autant plus que le

médecin est appelé journellement à constater des épanchements pleurétiques, tandis qu'il n'aura que rarement et peut-être jamais vu ce processus de l'affection hydatique. L'erreur a été souvent commise, et certainement elle est très-excusable.

Nous allons établir une comparaison entre les symptômes des deux affections et tâcher de mettre en relief les différences qui pourront mettre sur la bonne voie le médecin qui se livre à un examen sérieux. Dans le début, ces différences sont déjà assez grandes pour qu'elles méritent l'attention. Dans la pleurésie, nous parlons surtout de la pleurésie diaphragmatique dont les analogies sont encore plus grandes, le début est ordinairement caractérisé par des frissons peu intenses et passagers, soit au contraire très-violents et pouvant durer plusieurs heures. Puis survient la douleur de côté, exaspérée par la pression aux insertions du diaphragme.

Qu'arrive-t-il, au contraire, lorsque c'est dans la plèvre que s'est rompu le kyste ? C'est la douleur qui fait la première son apparition ; elle survient brusquement, très-intense dès le début, et ce n'est qu'après qu'arrivent les frissons au lieu d'arriver en première ligne, comme dans les pleurésies diaphragmatiques.

Si l'épanchement est d'emblée purulent, les mêmes différences subsisteront ; mais on pourrait songer de plus à une pleurésie enkystée qui se serait ouverte. Ici, les commémoratifs seront du plus grand secours. On devra songer à un kyste si le malade n'a jamais eu de pleurésie antérieure ; on devra y songer d'autant plus que le malade aura ressenti pendant longtemps des douleurs dans l'hypocondre droit, qu'il aura remarqué le gonflement de la région, et qu'enfin on pourra constater soi-même une hypertrophie peu régulière du foie, ou seulement son abaissement exagéré par rapport à l'abondance de l'épanchement pleural.

S'il survient une perforation pulmonaire, comme on l'a vu quelquefois, et si le kyste peut ainsi se vider à l'extérieur par l'intermédiaire des bronches, le diagnostic sera-t-il plus facile ? Oui, s'il arrive que

des hydatides ou leurs débris passent avec la matière expectorée. Mais le fait est rare, le plus souvent on ne peut tirer aucun avantage de l'expectoration.

On voit, en somme, que ce diagnostic repose sur des bases peu solides, sur des faits sujets à variation : ainsi s'expliquent les erreurs fréquemment commises en pareille circonstance.

La rupture du kyste dans les bronches n'offre pas les mêmes difficultés de diagnostic. Il existe ici fréquemment deux signes pathogneumoniques auxquels le médecin ne se trompera jamais. C'est le rejet par les bronches d'une matière limpide abondante, et la présence dans ce liquide d'hydatides ou de leurs débris. Si on a ces deux éléments, on peut être sûr qu'on a affaire à un kyste hydatique. Ces deux phénomènes se sont produits chez notre malade, et c'est grâce à eux que nous affirmons que le kyste s'est rompu primitivement dans les bronches. Malgré cela, est-on sûr que le kyste existe dans le foie plutôt que dans le poumon ?

Cadet de Gassicourt et, après lui, Hearn (1) ont essayé de résoudre la question.

De Gassicourt n'accorde pas beaucoup de valeur à la douleur du début, qui peut avoir lieu dans les deux cas et avec les mêmes caractères. C'est l'auscultation qui, d'après lui, fournit souvent le signe pathogneumonique. Les signes de caverne : respiration amphorique, résonnance considérable de la voix, énorme gargouillement à la région du foie, au-dessous des fausses côtes, à une profondeur où le rebord du bord inférieur du poumon ne peut plus atteindre le foie, tels sont les signes auxquels on reconnaîtra le siège du kyste dans cet organe. C'est aussi le siège, à la base du poumon, des symptômes observés chez notre malade, qui nous a fait rejeter toute idée d'affection tuberculeuse.

(1) Hearn. — Des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Thèse de Paris, 1875.

Hearn, de son côté, fait remarquer que, dans les cas de kyste du poumon, il peut arriver qu'une lame de tissu pulmonaire soit interposée entre le foie et le kyste, celui-ci s'étant développé un peu haut dans l'organe. On aura alors une région sonore séparant deux zones de matité, au lieu de la matité uniforme que présentent les kystes hydatiques provenant du foie.

Il ajoute que l'abaissement du foie est plus fréquent et toujours plus marqué quand c'est aux dépens de cet organe que s'est développé le kyste. Lorsque celui-ci, en effet, se développe dans le poumon, c'est surtout aux dépens de la cavité thoracique que se fait son développement : il n'exerce jamais sur le foie qu'une pression très-faible.

Delgrange (1) fait aussi remarquer que les hémoptysies, fréquentes dans les cas de kystes du poumon, sont, au contraire, un fait rare dans les kystes du foie. Cette remarque doit être retenue, bien que chez notre malade nous ayons constaté des crachats sanguinolents, alors que le kyste siégeait dans le foie.

Un autre signe distinctif des kystes du foie, c'est la présence de la bile dans les crachats. Elle peut être plus ou moins abondante, mais il arrive rarement qu'on ne la trouve pas. En mettant les matières de l'expectoration au contact de l'acide nitrique, elles prennent une coloration verte pour peu qu'elles en contiennent des traces. Cette coloration était manifeste dans notre cas.

Mais si, au lieu d'un liquide limpide et transparent dont nous avons fait mention tout à l'heure, c'est à du pus qu'on a affaire, on pourra songer avec raison aussi à un abcès du foie, voire même à une affection tuberculeuse, comme il est arrivé pour le malade qui fait le sujet de notre observation.

Nous avons déjà fait antérieurement le diagnostic entre le kyste et

(1) Delgrange. — De l'expectoration dans les kystes hydatiques, et spécialement dans les kystes du poumon. Paris, 1879.

l'abcès du foie et nous avons vu que c'est, en somme, sur la marche des deux affections qu'il devait s'établir. Les mêmes remarques pourraient être faites ici, nous n'y reviendrons pas.

Quant au diagnostic d'avec la caverne, il présente des difficultés tant qu'on n'a pu constater la présence d'hydatides ni de bile dans les matières expectorées, comme dans notre cas. Toutefois, on se souviendra de la rareté des cavernes à la base du poumon, et, pour peu qu'on se livre à un examen attentif, on remarquera que, si l'auscultation fournit des signes d'une analogie quelquefois complète avec ceux des cavernes, leur siège est souvent trop bas pour être rapporté au poumon.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

N'ayant pas eu nous-même l'occasion de faire l'étude d'un traitement spécial des kystes du foie, notre intention, dans ce chapitre, n'est pas de mettre en relief et de prôner une méthode spéciale. Nous ne ferons pas non plus la description des différents moyens employés jusqu'à aujourd'hui contre l'affection hydatique, description dont nous n'aurions le droit de tirer aucune conclusion. Nous croyons mieux faire de nous borner à établir les indications qu'on peut tirer de l'affection aux différentes époques de son évolution, en les faisant suivre de l'énumération seulement des divers moyens employés pour les remplir. A propos du traitement chirurgical, nous ferons aussi ressortir les conditions qu'on doit observer pour le mener à bonne fin.

Au commencement de notre étude, nous avons vu avec quelle facilité l'organisme supportait les kystes du foie ne dépassant pas un certain volume. L'état général et les fonctions du sujet ne sont en rien compromis à cette période de la maladie ; tout se passe comme à l'état normal, et pourtant on a diagnostiqué l'existence d'un kyste. Est-il convenable d'intervenir d'une façon quelconque dans ces circonstances ? Disons de prime abord qu'à notre avis toute tentative chirurgicale doit être rejetée, par la raison que, pour si bénigne qu'elle

soit, elle offre toujours plus de dangers que l'affection elle-même. Certainement, on a vu des ponctions exploratrices avec un fin trocart être suivies de guérison par dégénérescence graisseuse du kyste ; mais on a vu aussi souvent une péritonite mortelle se déclarer à la suite de ces tentatives. « Toute intervention, même réservée, expose à la suppuration, et la suppuration des grands kystes hydatiques (nous pourrions dire aussi des petits) a des dangers, et quand il s'agit du foie, les dangers sont augmentés par la présence du péritoine » (Gosselin) (1). Il n'est jamais permis au médecin d'exposer ainsi les jours d'un malade qui peut vivre longtemps encore. L'intervention ne sera légitime que lorsque le danger de l'affection présentera en gravité au moins le même degré que l'opération elle-même.

Si, dans ces cas, la thérapeutique chirurgicale ne peut venir en aide, peut-on demander plus de services à la thérapeutique médicale ? Sera-t-il possible, en d'autres termes, d'amener, par une médication interne appropriée, la résolution de la tumeur ? Plusieurs tentatives dans ce sens ont été faites, sans amener de résultats appréciables.

On a longtemps fait l'hypothèse qu'une substance introduite dans la circulation et mise au contact de l'hydatide pourrait éteindre sa vitalité et favoriser sa résorption : le calomel (Beaumès), le chlorure de sodium (Laënnec), l'iodure de potassium (Jaccoud) ont été mis à l'épreuve tour à tour ; mais leur efficacité n'est rien moins que démontrée. Toutefois, comme nous l'a fait remarquer M. Mossé dans son cours, ce traitement offre si peu d'inconvénients qu'on est toujours autorisé à l'essayer.

Plus rationnel et plus efficace semble être le traitement par l'électricité. C'est le docteur Thorarensen (d'Islande) qui, le premier, le mit en usage. Jaccoud (2) l'expose dans ses cliniques et Dujardin Beaumetz le préconise. Il semble donner, en effet, de bons résultats ; mais les ob-

(1) Cliniques de l'hôpital de la Charité.

(2) Jaccoud. — Cliniques de Lariboisière.

servations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'il soit entré définitivement dans la pratique.

Le traitement médical curatif a donc peu de chance de succès. Sera-ce une raison pour rester complètement inactif ? Non, à notre avis. Songeant aux fâcheuses tendances qu'a le foie à s'enflammer par le seul fait de la présence du kyste qui, en somme, joue vis-à-vis de lui le rôle de corps étranger, le médecin devra diriger ses efforts contre l'éventualité de cette grave complication. Les aliments, de même que les boissons excitantes, les repas copieux, la fatigue, les vêtements étroits, les ceintures serrées, ainsi que le séjour dans les climats chauds, devront être défendus au malade. Et s'il existe dans son état constitutionnel une diathèse, une maladie quelconque portant ses effets sur le parenchyme hépatique, les combattre énergiquement.

Les indications seront bien différentes lorsque le kyste, arrivé à une certaine période de son développement, compromettra gravement la santé du malade. Que son volume occasionne de sérieux désordres dans les viscères du voisinage ; que l'inflammation menace de l'envahir, ou qu'il soit déjà le siège d'une suppuration, il y a une indication capitale : ouvrir le kyste, se comporter vis-à-vis de lui comme vis-à-vis d'un abcès ; car on sait que, ce qu'on n'aura pas voulu faire avec le bistouri, la nature le fera toujours, et d'une façon aveugle, souvent fatale au malade.

Comment pratiquer l'ouverture du kyste ? C'est ici que se place la liste d'une foule de procédés dont la description serait longue. On peut d'ailleurs la trouver dans les différents auteurs ; nous nous contentons de les énumérer. Ce sont, dans un premier ordre : la ponction simple, la ponction évacuatrice avec le trocart fin, la ponction avec aspiration de Dieulafoy ; dans un second ordre les procédés de Récamier, de Bégin, de Jobert de Lamballe, de Trousseau, de Dolbeau, de Demarquay.

Par les procédés du premier ordre, on cherche à tuer l'hydatide par la ponction simple, à vider le kyste dans les autres cas, tout en em-

pêchant l'accès de l'air dans sa cavité. Ces méthodes, quoique parfois couronnées de succès, manquent souvent leur effet, soit qu'elles provoquent une péritonite mortelle par épanchement, soit que, l'air pénétrant quand même dans le kyste, son contenu se décompose et oblige à avoir secondairement recours aux larges ouvertures.

Les procédés de second ordre consistent tous à faire de prime abord de larges ouvertures, de façon à vider complètement le kyste et à pouvoir traiter sa suppuration par des injections détersives. Toutes ces méthodes ont encouru des critiques plus ou moins sévères ; pourtant elles ont toutes des succès à leur actif.

Notre opinion est qu'elles sont toutes bonnes pourvu qu'elles soient pratiquées avec soin et à propos.

Une condition indispensable du succès dans toutes ces opérations, c'est l'existence préalable d'adhérences suffisamment étendues et solides entre les feuillets du péritoine. L'importance de ces adhérences est assez grande pour que nous étudions les signes auxquels on peut les reconnaître. Dans ce sens, nous croyons bien faire de rapporter l'opinion de Boinet. Après avoir dit que ces adhérences existent souvent naturellement lorsque surtout les tumeurs sont saillantes au dehors, et dans des conditions qui nécessitent une opération, cet auteur que nous résumons ajoute : Lorsque la peau qui recouvre la tumeur est mate et le siège d'un empâtement dans une étendue assez considérable, que la tumeur est très-saillante et que les parties qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste sont très-minces, il existe presque toujours des adhérences. De plus, si l'on fait coucher le malade sur le côté opposé, la tumeur ne s'éloigne pas du point où elle est plus saillante et où elle semble adhérer. On devra se rappeler tous ces faits, lorsqu'on sera sur le point d'ouvrir la tumeur.

Une fois l'ouverture pratiquée on tirera les autres indications du traitement, de l'état général du sujet et de l'état particulier du foie. La suppuration du kyste sera traitée par injections détersives et antiseptiques. Les toniques, les reconstituants, préviendront la ca-

chexie de l'individu, et l'aideront à faire les frais de la suppuration.

Lorsque le kyste s'est rompu, la conduite à tenir varie suivant que l'ouverture s'est effectuée dans la plèvre ou dans le poumon.

Si elle a eu lieu dans la plèvre, vu la terminaison toujours fatale de cet accident, on devra suivre l'exemple de Moutard-Martin, c'est-à-dire pratiquer l'empyème, vider la plèvre de son contenu purulent, tenir en somme la même conduite que dans le cas de pleurésie purulente ordinaire.

Moutard-Martin a obtenu plusieurs succès par cette méthode. Ce sont les seuls cas où les malades aient échappé à la mort. Aussi ne devra-t-on jamais hésiter à l'imiter.

La rupture dans les poumons a été souvent un moyen de guérison. Il faudra s'en souvenir afin de ne pas exposer le malade aux dangers d'une opération.

Si, toutefois, les choses ne marchent pas aussi bien ; s'il se fait une résorption putride, si la fièvre hectique menace d'emporter le malade, il faudra attaquer le kyste dans le foie lui-même et se conduire vis-à-vis de lui de la même façon que dans le cas où il ne s'est pas encore rompu. Les autres indications seront tirées de l'état du poumon.

Nous finirons en disant un mot du traitement prophylactique. Il peut se résumer en deux mots : s'assurer de la propreté des aliments destinés à la nourriture, éloigner les chiens de l'habitation.

FJN

Vu : bon à imprimer,

Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :

Le Président-censeur,
GRASSET

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

Le sucre de canne et les glucoses. Leurs caractères distinctifs.
Dosage du glucose dans l'urine.

Physique médicale

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Description de l'appareil biliaire.

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

De la sécrétion urinaire.

Pathologie médicale ou interne

Quelles sont les causes des palpitations du cœur ?

Pathologie externe

Des tumeurs blanches scrofuleuses et rhumatismales et les moyens de les différencier.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles au pied.

Médecine légale et Toxicologie

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

Quelles sont les influences de l'avortement sur l'avenir de la femme ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

Des kystes hydatiques de la face convexe du foie et de leur ouverture dans le poumon et dans la plèvre.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !
